

Population Reports



Temas principales

¿Se hace más lento el descenso de la fertilidad?	6
El impacto de los anticonceptivos.....	8
Intenciones de usar la planificación familiar	12
La popularidad de los inyectables.....	15
Decrece el tamaño deseado de familia ..	24
Sexo prematrimonial: nuevos hallazgos..	27
Efectos del SIDA en la supervivencia infantil	35
Hace falta más atención para las madres.....	38

Contenido

Resumen de los editores	1
La fertilidad continúa en descenso	3
El uso de anticonceptivos	9
La mezcla de métodos anticonceptivos ..	13
Conocimiento y disponibilidad de la anticoncepción.....	17
Otras influencias directas en la fertilidad ..	20
Preferencias en cuanto a la fertilidad ..	22
Las mujeres jóvenes	27
La supervivencia y la salud de los niños..	32
La salud materna	38
Bibliografía	42



Publicación del INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXXI, Número 2
Primavera de 2003

Nuevos hallazgos de las encuestas

La revolución reproductiva continúa

El aumento del uso de los anticonceptivos modernos trajo aparejado el descenso de la fertilidad en casi todos los países en desarrollo encuestados desde 1990. Estas tendencias son la continuación de un cambio a largo plazo en las actitudes y el comportamiento. Los hallazgos de más de 100 encuestas realizadas desde 1990 sugieren que, a medida que ha aumentado la difusión de los programas de planificación familiar, son más y más las personas que desean tener familias más pequeñas, y que más de ellas consiguen alcanzar el tamaño de familia que desean.

A partir de 1990, se han realizado 120 encuestas de mujeres (muchas incluyendo también a hombres) en 71 países como parte de los programas de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y Encuestas sobre Salud Reproductiva (ESR). Las mismas proporcionan información acerca del uso de anticonceptivos, la supervivencia infantil y otros temas clave de salud reproductiva.

Hallazgos de las encuestas

Entre los países en desarrollo, existen enormes variaciones en el uso de anticonceptivos y las tasas de fertilidad. En unos cuantos países de Asia y América Latina, al menos tres cuartas partes de las mujeres casadas utilizan algún método anticonceptivo, niveles equiparables a los de los países desarrollados. En contraste, en algunos países del África Subsahariana menos de 10% de las mujeres casadas usan la anticoncepción. Las tasas de fertilidad fluctúan entre sólo 2,3 hijos por mujer en Vietnam y 7,2 en Níger. A pesar de que en África

Subsahariana la fertilidad es más alta y el uso de anticonceptivos menos común que en ningún otro lugar, las encuestas sugieren que algunas partes de África han iniciado el mismo camino ya emprendido por otras regiones. En 9 de los 16 países subsaharianos encuestados más de una vez desde 1990, la tasa de fertilidad descendió más del 1% por año.

El uso de anticonceptivos: A nivel mundial, más de 600 millones de mujeres casadas utilizan la anticoncepción, casi 500 millones de ellas en países en desarrollo. Entre las mujeres casadas, el uso de anticonceptivos aumentó en todos excepto dos de los países en desarrollo encuestados más de una vez desde 1990, y entre las mujeres no casadas sexualmente activas, aumentó en 21 de 25 países.

Cuatro métodos anticonceptivos modernos —la esterilización femenina, los anticonceptivos orales, los inyectables y los DIU— son los más difundidos entre las mujeres casadas de países en desarrollo, representando en conjunto casi las tres cuartas partes del uso total de anticonceptivos. Inmediatamente después de los DIU se ubican los condones masculinos. A partir de 1990 el uso de inyectables aumentó significativamente y ahora constituyen el tercer método más comúnmente usado en los países en desarrollo encuestados.

Intenciones en cuanto a la reproducción: Una proporción cada vez mayor de mujeres casadas no desean tener más hijos. Fuera de África Subsahariana, casi 60% de las mujeres casadas encuestadas desde 1990 desean dejar de tener hijos. Con la mayor difusión de las nuevas actitudes hacia la reproducción, el tamaño de familia que las mujeres consideran ideal está decreciendo.

La necesidad insatisfecha: Se calcula que 105 millones de mujeres casadas, casi 1 de cada 5, tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar; es decir, son sexualmente activas y desean evitar el embarazo pero no están utilizando anticonceptivos. El porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha disminuyó desde 1990 pero la cifra no cambió mucho debido al crecimiento que experimentaron las poblaciones.

Jóvenes no casadas: En muchos países una mayor proporción de mujeres no casadas entre los 15 y los 24 años son sexualmente activas antes del matrimonio. Estas jóvenes usan más la anticoncepción, en particular los condones. No obstante, muchas jóvenes no casadas tienen embarazos no planeados y muchas están en riesgo de contraer el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

La supervivencia y la salud de los niños: Desde 1990, las tasas de supervivencia de lactantes y niños han mejorado en casi 30% en los países en desarrollo encuestados, en conjunto. Sin embargo, hubo un aumento de la mortalidad entre lactantes y niños en algunos países de África Subsahariana, especialmente en los más golpeados por la epidemia del VIH/SIDA. Pocos de los países encuestados alcanzaron la meta establecida por la OMS y la UNICEF de inmunizar al menos 80% de los niños contra enfermedades comunes de la infancia para el año 2000.

La atención a la salud materna: En general, desde 1990 se ha visto un leve aumento en el porcentaje de mujeres casadas que dan a luz en un establecimiento médico. No obstante, en gran parte del Norte de África, en Asia y en algunos lugares de África Subsahariana, es mucho más probable que las mujeres den a luz en su hogar que en un establecimiento médico. Una cuarta parte de las mujeres encuestadas en países en desarrollo no recibieron ningún cuidado prenatal de un proveedor calificado durante su embarazo más reciente.

Este informe fue preparado por Vera M. Zlidar, MHS, Robert Gardner, PhD, Shea O. Rutstein, PhD, Leo Morris, PhD, MPH, Howard Goldberg, PhD, y Kiersten Johnson, PhD. Ryoko Yokoyama ofreció asistencia de investigación. Bryant Robey, Redactor. Stephen M. Goldstein, Gerente de Redacción. Richard D. Blackburn, Analista Superior de Investigaciones. Diseño de Linda D. Sadler. Producción a cargo de John Fiege, Peter Hammerer, Mónica Jiménez, y Deborah Maenner.

Agradecemos a los siguientes revisores la asistencia prestada: Ann Blanc, John Bongaarts, John Caldwell, John Cleland, Pape Gaye, Rita Giacaman, Bernard Guyer, Carl Haub, Kenneth Hill, Vasantha Kandiah, Rachael Lucas, John Ross, Pauline Russell-Brown, Bulbul Sood, Amy Tsui, Mary Beth Weinberger, y Charles Westoff.

Cita sugerida: Zlidar, V. M., Gardner, R., Rutstein, S. O., Morris, L., Goldberg, H. y Johnson, K. *Nuevos hallazgos de las encuestas: la revolución reproductiva continúa. Population Reports*, Serie M, No. 17. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, INFO Project, primavera de 2003. Disponible electrónicamente en: <http://www.populationreports.org/prs/sm17/>

The INFO Project
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, Profesora y Directora, Center for Communication Programs e Investigadora Principal, INFO Project
Ward Rinehart, Director de Proyectos, INFO Project

Linda D. Sadler, Directora de Redacción de Ediciones en Idiomas Extranjeros de **Population Reports**

Population Reports (USPS 063-150) is published four times a year (winter, spring, summer, fall) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the INFO Project of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland, and other locations. Postmaster to send address changes to **Population Reports**, the INFO Project, Johns Hopkins Center for Communication Programs, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Population Reports tiene por objeto proporcionar información precisa y bien documentada sobre los avances importantes en planificación familiar y asuntos de salud relacionados. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global y GH/POP/PEC, bajo los términos de la Subvención No. GPH-A-00-02-00003-00.



La fertilidad continúa en descenso

Según encuestas recientes, el descenso de la fertilidad en los países en desarrollo que comenzó en los años sesenta y setenta y se aceleró en los ochenta, continuó a través de la década de los 90. La tasa de fertilidad total (TFT)¹ ha caído en casi todos los 38 países en desarrollo encuestados más de una vez desde 1990.

Las encuestas son parte del programa de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y de Encuestas sobre Salud Reproductiva (ESR) (ver el recuadro de la pág. 14). En general, en 71 países se han realizado una o más EDS o ESR desde 1990, lo cual incluye 60 en países en desarrollo y 11 en los países antes miembros del bloque soviético. En otros cinco países se condujeron Encuestas sobre Salud Reproductiva en Jóvenes Adultos (ESRJA), cuyo contenido es comparable al de las EDS y las ESR pero enfocado en la juventud (ver el cuadro anexo, pág. 40).

Entre los 60 países en desarrollo encuestados desde 1990, la TFT varía entre 2,3 hijos por mujer en Vietnam y 7,2 en Níger. El promedio para los 60 países en conjunto es de 4,5 hijos por mujer. (Como la mayoría de promedios en este informe, este promedio no se ha ponderado, es decir, no refleja las diferencias en población entre los países. Se calcula sumando las TFT nacionales y dividiendo el total entre el número de países.)

Detrás de los descensos en fertilidad se halla el continuo crecimiento del uso de anticonceptivos, particularmente de los métodos modernos (ver la pág. 9). **Population Reports** calcula que en el año 2000 cerca del 55% de las mujeres casadas en edad reproductiva (definidas en las encuestas entre las edades de 15 y 44 o de 15 y 49 años), en los países en desarrollo

¹ La TFT es la suma de la medida de la fertilidad. Representa el número promedio de hijos que tendría un grupo hipotético de mujeres durante sus años reproductivos (entre los 15 y 49 años) si sobrevivieran hasta los 50 años y experimentarían las actuales tasas de fertilidad específicas para la edad. Por lo tanto, la TFT no se refiere al número real de hijos que tiene cualquier mujer o grupo real de mujeres. Las tasas de fertilidad específicas para la edad son el número de nacidos vivos por año por cada 1.000 mujeres de una edad específica.

usaban algún método anticonceptivo (ver el cuadro 1). Este cálculo incluye a China y otros países no encuestados en las EDS y ESR. Este nivel de uso de anticonceptivos está muy por debajo del nivel de 75% a 84% de las mujeres casadas en el Norte de Europa, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda (ver el cuadro 1 en la Red²). Este nivel de uso de anticonceptivos es el que generalmente se considera necesario para alcanzar la fertilidad a nivel de reemplazo.

La fertilidad a nivel de reemplazo es la tasa de fertilidad a la cual cada generación tiene sólo el número necesario de hijos para reemplazarse a sí misma y, por lo tanto, es el nivel al cual eventualmente se detiene el crecimiento de la población. En los países industrializados, donde la mortalidad es más baja que en la mayoría de países en desarrollo, el nivel de reemplazo de la fertilidad es de una TFT de aproximadamente 2,1. En los países en desarrollo, los niveles altos de mortalidad, particularmente entre los niños, pueden hacer subir la fertilidad a nivel de reemplazo hasta llegar a una TFT tan alta como 3,5 ó 4,0 (86).

Diferencias y descensos de la fertilidad

La fertilidad varía entre las regiones. Entre los países en desarrollo encuestados desde 1990, la fertilidad más alta es la de África Subsahariana, con un promedio de 5,3 hijos por mujer, y la más baja es la de Asia y América Latina y el Caribe, con un promedio de 3,5 (promedios no ponderados, calculados a partir de los datos más recientes de cada país, ver el cuadro 2 de la siguiente página). En el Cercano Oriente y Norte de África, la TFT promedio es de 4,3 hijos por mujer. En los países encuestados de Europa Oriental y Asia Central, la fertilidad promedio es de 2,1 hijos, casi tan baja como en Europa Occidental y Norteamérica.

La fertilidad también varía ampliamente entre los países dentro de las regiones. En seis países del Cercano Oriente y Norte de África encuestados desde 1990, la TFT fluctúa de 2,6 hijos por mujer en Turquía a 6,5 en Yemen. Entre ocho países encuestados en Asia desde 1990, el rango de la TFT varía

² Por límites de espacio no se pueden incluir cuadros impresos de todos los datos en los cuales se basa el contenido de este informe. Los lectores pueden acceder a estos datos en muchos otros formatos, incluyendo la Red mundial en: <http://www.populationreports.org/prs/sm17/sm17tables.shtml> (ver el recuadro de la pág. 22).

Cuadro 1

Estimación del uso mundial de anticonceptivos

Entre mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 2000

¹ Incluye la abstinencia periódica y el retiro.

Metodología y fuentes de datos: Los datos para el número de mujeres de 15 a 49 años de edad en cada país provienen de proyecciones de población para 2000 por Bos, 1994 (25). Los porcentajes se han ponderado por tamaño de población y usan los datos más recientes de las EDS y ESR y, para los países sin resultados de estas encuestas, los datos de las Naciones Unidas, 2002 (114), de la Base de Datos Internacional de la Oficina del Censo de EE.UU. (<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>) y otras encuestas representativas nacionalmente.

Population Reports

Region	% que los usa actualmente		
	Cualquier método	Cualquier método moderno	Tradicional ¹
ZONAS EN DESARROLLO	55	50	5
África Subsahariana	15	12	4
Cercano Oriente y Norte de África	45	35	10
Asia.....	60	57	4
América Latina y el Caribe ..	68	59	9
Pacífico (Oceania)	30	24	6
ZONAS DESARROLLADAS	68	56	12
Australia y Nueva Zelanda ..	76	72	3
Europa	72	61	11
Europa Oriental y Asia Central.....	62	41	21
Japón	59	54	5
Norteamérica	75	71	4
MUNDO	57	51	6

Tasas de fertilidad total^a

Entre mujeres de 15 a 49 años de edad, 1974-2001

Los datos para 1974 a 1984 provienen de la Encuesta de Fertilidad Mundial, predecesora de las EDS y ESR.

Los datos para 1985 a 2001 provienen de las EDS y ESR.

^aTFT: El número promedio de hijos que tendría un grupo hipotético de mujeres a lo largo de sus años reproductivos, si sobrevivieran hasta los 50 años y experimentarían las tasas de fertilidad actuales específicas para la edad. Estas TFT corresponden a los tres a cinco años precedentes a la fecha de la encuesta e incluyen a todas las mujeres encuestadas.

^bDatos para mujeres de 15 a 44 años de edad.

^cLas TFT calculadas para las encuestas de India de 1992 a 93 y de 1998 a 99 pueden ser estimaciones bajas, ya que existe evidencia de omisión de nacimientos recientes. Se calcula que las TFT ajustadas para las dos encuestas son 3,9 y 3,4, Rutstein, 2002 (98).

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Benín 1981-82	7,0
1996	6,0
2001	5,6
Botswana 1988	4,9
Burkina Faso 1993	6,5
1998-99	6,4
Burundi 1987	6,9
Camerún 1978	6,3
1991	5,8
1998	4,8
Cabo Verde 1998.....	4,0
Chad 1996-97.....	6,4
Comoras 1996.....	4,6
Costa de Marfil 1980-817,3	
1994	5,3
1998-99	5,2
Eritrea 1995	6,1
Etiopía 2000	5,5
Gabón 2000	4,2
Ghana 1979-80	6,3
1988	6,4
1993	5,2
1998	4,4
Guinea 1999.....	5,5
Kenia 1977-78	8,2
1989	6,7
1993	5,4
1998	4,7
Lesotho 1977	5,6
Liberia 1986	6,7
Madagascar 1992	6,1
1997	6,0
Malawi 1992	6,7
2000	6,3
Malí 1987	7,1
1995-96	6,7
2001	6,8
Mauricio 1985.....	2,0
1991 ^b	2,4
Mozambique 1997	5,2
Namibia 1992	5,4
Niger 1992	7,0
1998	7,2
Nigeria 1981-82.....	6,4
1990	6,0
Rep. Centroafricana	
1994-95	5,1
Ruanda 1983.....	8,5
1992	6,2
2000	5,8
Senegal 1978	7,1
1986	6,4
1992-93	6,0
1997	5,7
Suazilandia 1988	5,0
Sudáfrica 1998	2,9
Tanzania 1991-92	6,2
1996	5,8
1999	5,6
Togo 1988.....	6,4
1998	5,2
Uganda 1988-89	7,4
1995	6,9
2000-01	6,9
Zambia 1992	6,5
1996	6,1
Zimbabwe 1988	5,4
1994	4,3
1999	4,0

CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA

Egipto 1980	5,3
1988	4,4
1992	3,9
1995	3,6
2000	3,5
Jordania 1976	7,8
1983	6,6
1990	5,6
1997	4,4
Marruecos 1980	5,9
1987	4,6
1992	4,0
Mauritania 1981.....	6,2
1992	4,5
Siria 1978	7,3
Túnez 1978.....	5,7
1988	4,2
Turquía 1978	4,6
1993	2,5
1998	2,6
Yemen 1979	8,5
1991-92	7,7
1997	6,5
ASIA	
Bangladesh 1975-76..	6,1
1993-94	3,4
1996-97	3,3
1999-2000	3,3
Camboya 2000	3,8
Corea, Rep. de 1974..	4,2
Filipinas 1978.....	5,1
1993	4,1
1993	3,7
Fiyi 1974.....	4,2
India 1992-93 ^c	3,4
1998-99 ^c	2,8
Indonesia 1976	4,7
1987	3,1
1991	3,0
1994	2,9
1997	2,8
Malasia 1974	4,6
Nepal 1976.....	6,1
1996	4,6
2001	4,1
Pakistán 1975.....	6,3
1990-91	4,9
Sri Lanka 1975	3,7
1987	2,7
Tailandia 1975	4,5
1987	2,2
Vietnam 1997.....	2,3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	
Belice 1991 ^b	4,5
1999	3,7
Bolivia 1989	5,0
1994	4,8
1998	4,2
Brasil 1986	3,4
1996	2,5
Colombia 1976.....	4,6
1986	3,2
1990	2,8
1995	3,0
2000	2,6
Costa Rica 1976	3,8
1993	3,1

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (continuación)

Ecuador 1979-80.....	5,3
1987	4,2
1989	3,8
1994	3,6
1999	3,4
El Salvador 1979	6,3
1985	4,2
1988 ^b	4,2
1993	3,9
1998	3,6
Guatemala 1987	5,5
1995	5,1
1998-99	5,0
Guyana 1975	4,9
Haití 1977	5,4
1989	6,0
1994-95	4,8
2000	4,7
Honduras 1996	4,9
2001	4,4
Jamaica 1975-76	5,0
1983	3,5
1989	2,9
1993 ^b	3,0
1997	2,8
México 1976-77	6,1
1987	4,0
Nicaragua 1992-93	4,6
1998	3,6
2001	3,2
Panamá 1975-76	4,4
1984	3,7
Paraguay 1979	4,9
1987	5,4
1990	4,7
1995-96	4,3
1998 ^b	4,3
Perú 1977-78	5,5
1986	4,1
1991-92	3,5
1996	3,5
2000	2,8
Puerto Rico 1996	2,3
Rep. Dominicana 1975.....	5,7
1980	4,3
1986	3,7
1991	3,3
1996	3,2
Trinidad y Tobago 1977 ..	3,2
1987	3,1
Venezuela 1977 ^b	4,4
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	
Armenia 2000	1,7
Azerbaiyán 2001 ^b	2,1
Georgia 1999 ^b	1,7
Kazajistán 1995.....	2,5
1999	2,0
Kirguistán 1997	3,4
Moldavia 1997 ^b	1,8
Rep. Checa 1993 ^b	1,9
Rumania 1993 ^b	1,6
1999 ^b	1,3
Turkmenistán 2000.....	2,9
Ucrania 1999 ^b	1,4
Uzbekistán 1996	3,3

entre 2,3 en Vietnam y 4,9 en Pakistán. (No obstante, los datos de las encuestas en Pakistán son de hace más de 10 años.) Entre 16 encuestas recientes en América Latina y el Caribe, la variación de la TFT es de 2,3 en Puerto Rico a 2,5 en Brasil y 5,0 en Guatemala.

En los 11 países de Europa Oriental y Asia Central encuestados en 1990, la TFT es de menos de 2,0 hijos por mujer en todos los países europeos orientales y de 1,7 a 2,1 en la región del Cáucaso. En Asia Central la TFT fluctúa entre 2,0 hijos por mujer en Kazajistán y 3,4 en Kirguistán.

Diferencias en los descensos. Como se mencionó antes, la fertilidad descendió en casi todos los países en los cuales se realizaron dos o más encuestas desde 1990, excepto en Malí, Níger y Turquía, donde hubo leves aumentos aparentes. La TFT bajó en promedio casi 2% por año en los cinco países asiáticos encuestados más de una vez desde 1990. El mayor descenso fue en India, de medio hijo por mujer entre las encuestas de 1992-3 y de 1998-9 (ver el cuadro 2 en la Red).

En los cuatro países del Cercano Oriente y Norte de África que se encuestaron más de una vez desde 1990, la fertilidad bajó, en promedio, más de 1% anualmente. La fertilidad descendió casi 2% por año en los 13 países de América latina y el Caribe donde se hicieron al menos dos encuestas desde 1990.

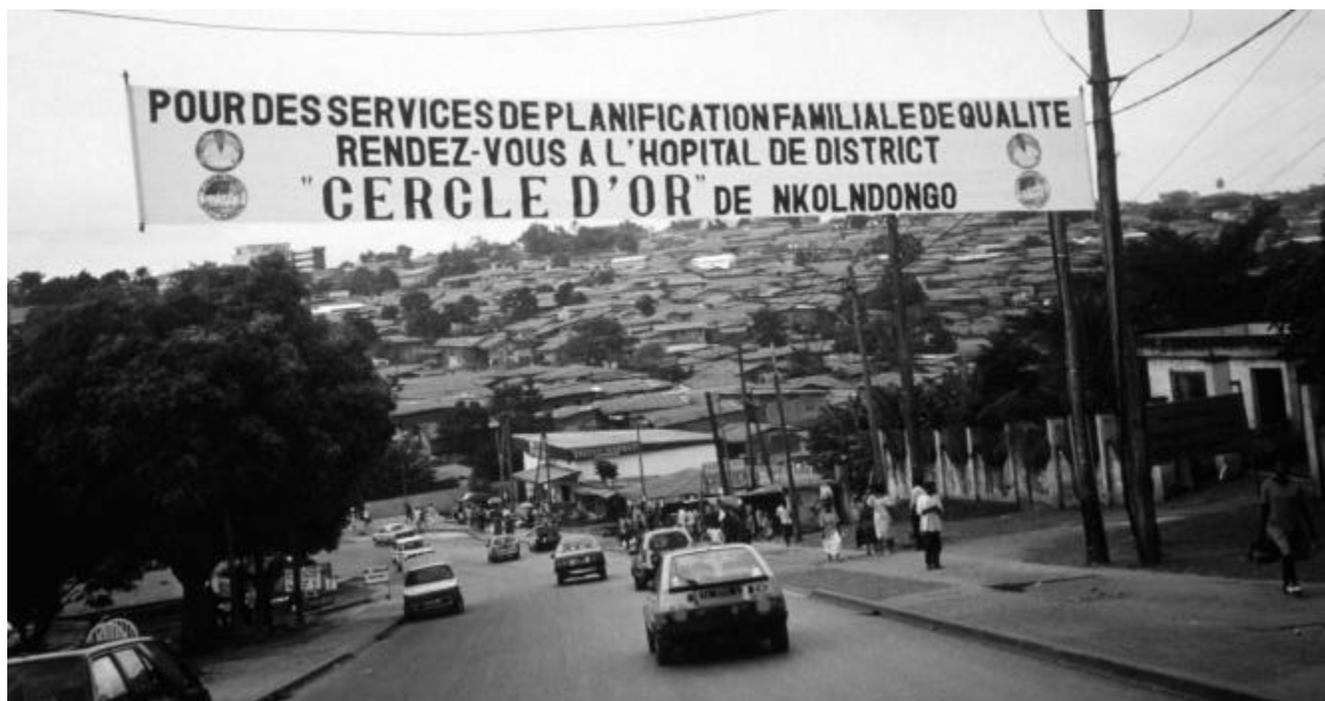
En varios países en desarrollo, incluyendo Bangladesh, Egipto, Indonesia y Turquía, los descensos de la fertilidad fueron más lentos y en algunos casos parecieron revertir la dirección de los años noventa en comparación con la de los ochenta. Esta tendencia refleja cambios en muchos factores, incluyendo preferencias personales en cuanto al tamaño de la familia y circunstancias socioeconómicas, así como la etapa de transición demográfica en la que se encuentre el país, es decir, el cambio histórico de niveles altos de mortalidad y fertilidad en una población a los niveles más bajos. Es posible que cuestiones de medición también afecten los datos (20, 21, 29) (ver el recuadro de la siguiente página).

La fertilidad en África Subsahariana. Si bien la fertilidad en África Subsahariana continúa siendo más alta que en cualquier otra región, encuestas recientes ofrecen evidencia de que está ocurriendo una transición demográfica en ciertas partes de África (35, 124, 125). Por ejemplo, la fertilidad descendió más de 1% por año en 9 de los 16 países de África Subsahariana encuestados más de una vez desde 1990. La TFT fue más baja en Camerun: 1,0 hijo por mujer entre 1991 y 1998.

En comparación con anteriores transiciones demográficas de otros lugares, la transición de África Subsahariana es mucho más lenta (29). Múltiples factores (culturales, económicos, políticos y demográficos) ayudan a explicar la diferencia. Algunos investigadores señalan como factores la continua y fuerte preferencia cultural por familias grandes, las vastas poblaciones rurales dependientes de la agricultura de subsistencia y los bajos niveles de desarrollo económico (28, 35, 46, 61, 80). Además, las constantes tasas altas de mortalidad entre lactantes y niños (ver la pág. 32) han coadyuvado a los altos niveles de fertilidad, ya que puede que muchas familias tengan hijos "demás" para compensar por aquellos que mueren en la infancia (28, 35).

En años pasados, la falta de compromiso del gobierno con los programas de planificación familiar en algunos países limitaba el acceso a la gama de métodos anticonceptivos y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de la población. Es más, algunos países subsaharianos han enfrentado conflictos internos que han hecho difícil la provisión de planificación familiar (28).

De todas maneras, si las recientes tendencias de fertilidad en África Subsahariana son alguna indicación, las tasas de fertilidad en la región descenderán en el futuro igual que en otros lugares. Reflejando tal expectativa, la última proyección de variante media de las Naciones Unidas (ONU) muestra una TFT en África de 2,4 hijos por mujer para 2045-2050 (126).



Las encuestas proporcionan evidencia creciente de que en partes de África Subsahariana, incluyendo Camerun, las tasas de fertilidad han comenzado a bajar. Si bien la fertilidad en esta región sigue siendo más alta que en cualquier otra, tendencias recientes sugieren que las tasas podrían caer en el futuro, a medida que más programas de planificación familiar mejoren el acceso a la información y los servicios así como la calidad de la atención.

El ritmo de descenso de la fertilidad

En los 38 países en desarrollo encuestados más de una vez desde 1990, la fertilidad ha descendido, en promedio, 1% al año. No obstante, el ritmo al cual ocurre el cambio varía ampliamente entre los países, desde Yemen, donde la tasa de fertilidad total (TFT) bajó en 1,2 hijos por mujer en cinco años, hasta Níger, donde la TFT subió en 0,2 hijos por mujer en seis años. A pesar de que la fertilidad en general ha ido bajando, las encuestas desde 1990 sugieren que el ritmo de descenso se ha hecho más lento en comparación con los registrados en los años setenta y ochenta. Tomando en cuenta a todos los países donde se hizo más de una encuesta, incluyendo encuestas antes y después de 1990, las instancias en que la tasa de descenso de la fertilidad se ha frenado superan por dos a una las aceleraciones experimentadas por esta misma tasa.

Muchos factores contribuyen a explicar por qué el ritmo de descenso de la fertilidad parece estar haciéndose más lento. La fertilidad baja más rápido cuando las tasas de fertilidad son altas (21), como sucedió en muchos países en desarrollo durante la década de los 70 y los 80. Entre tanto, estaban ocurriendo cambios económicos y sociales, y se estaban difundiendo rápidamente nueva información e ideas, nuevas actitudes respecto a la reproducción, ideales de familias más pequeñas y el acceso a anticoncepción eficaz.

Al mismo tiempo, la mortalidad entre lactantes y niños iba descendiendo en respuesta al mejoramiento de las medidas de salud pública en la mayoría de los países. El tamaño de las familias crecía ya que más niños sobrevivían sus primeros años de vida. Por ende, aumentó la exigencia de tener menos niños y el uso de anticonceptivos, lo cual resultó en descensos rápidos de la fertilidad.

A principios de los años noventa, en contraste, la información y servicios sobre planificación familiar habían logrado difundirse ampliamente a través de todo el mundo en desarrollo. La mayor parte de la gente ya conocía los métodos anticonceptivos y dónde conseguirlos. Es más, la influencia de las nuevas normas sociales que favorecían las familias más pequeñas ya se habían visto reflejadas en tasas de fertilidad más bajas. Gran parte de la demanda latente de planificación familiar ya había sido satisfecha. Dadas estas tendencias y el menor tamaño de las familias en comparación con las de los años setenta y ochenta, no debe ser sorprendente que, si bien la fertilidad continuó descendiendo durante los noventa en la mayoría de los países, el ritmo de descenso haya sido más lento.

Perspectivas de que haya mayores descensos. A pesar de los descensos de la fertilidad, en muchos países en desarrollo las mujeres siguen teniendo más hijos de los que dicen desear, y muchas aún prefieren familias más grandes que las mujeres de los países desarrollados. De ahí que todavía

exista un margen considerable para que la fertilidad descienda aún más. Se prevé que la fertilidad bajará más a medida que un número creciente de mujeres tenga mejor capacidad de prevenir los embarazos no deseados. Por otra parte, es muy probable que los niveles de la fertilidad en el futuro dependan cada vez más de los cambios en los factores socioeconómicos que empujan a las personas de los países en desarrollo a desear menos hijos (21).

Es probable que en los años venideros haya descensos más rápidos de la fertilidad en los lugares donde ahora es más elevada, es decir, en África Subsahariana. Hasta el momento, el ritmo del descenso de la fertilidad en África Subsahariana ha sido considerablemente más lento que en otras regiones en desarrollo, ya que, en promedio, las parejas africanas prefieren tener más hijos que otras parejas de otros lugares (29).

En la década de los 80, la fertilidad comenzó a descender en unos pocos países subsaharianos debido a una tendencia inicial hacia la preferencia por familias más pequeñas y al mayor uso de los anticonceptivos en la región. No obstante, durante los años noventa muchos de estos países acababan de empezar sus transiciones en materia de fertilidad, dejando lugar para que ocurrieran descensos más rápidos que en otros lugares que ya se encontraban en una etapa más avanzada de esa transición (29).

El “efecto tempo”. Últimamente, el descenso de la fertilidad parece haberse detenido completamente en algunos países en desarrollo (52). Una razón de ello es el llamado “efecto tempo” demográfico. Tal efecto es el resultado de cambios en el momento en que se tiene hijos en lugar de la exigencia de tener hijos en general. Probablemente esto explique hasta cierto punto el aparente estancamiento del descenso de la fertilidad en países como Bangladesh, Colombia, Egipto, Indonesia y Turquía, aunque la magnitud del efecto tempo es muy difícil de calcular (18).

El efecto tempo funciona de la siguiente manera: cuando sube la edad promedio a la cual las mujeres tienen hijos, la TFT parece bajar temporalmente, inclusive si a la larga las mujeres continúan alcanzando el mismo tamaño de familia completa que antes. Cuando el tamaño de familia completa desciende simultáneamente que se eleva la edad promedio de tener el primer hijo, como ha pasado en las últimas décadas y hasta hace poco, los descensos de la TFT se aceleran aún más (18).

Pero cuando la edad promedio a la cual las mujeres tienen su primer hijo deja de subir, como se vio en algunos países durante los años noventa, la TFT puede dejar de bajar temporalmente e inclusive elevarse un poco. Este efecto es completamente independiente de cualquier cambio en las preferencias respecto al tamaño de familia o en los niveles de uso de anticonceptivos.

El impacto del SIDA. El VIH/SIDA es otro factor decisivo que afecta la fertilidad. Los niveles de VIH/SIDA que enfrenta África Subsahariana están entre los más altos del mundo. El SIDA, que ha elevado significativamente los niveles de mortalidad en los países más golpeados (ver la pág. 35), puede incidir en la fertilidad de muchas maneras, en lo biológico así como en el comportamiento. Entre ellas, las muertes de personas en edad reproductiva, reducciones en la frecuencia del coito,

mayor número de abortos espontáneos y mortinatos, aumento de la amenorrea y descenso de la fecundidad (capacidad de concebir) (47). Además, a medida que más personas tienen conocimientos sobre el VIH/SIDA y la forma de evitar la infección (56), es posible que demoren la iniciación de la actividad sexual, restrinjan las relaciones extramatrimoniales, utilicen condones o eviten por completo las relaciones sexuales, todos los cuales podrían reducir los niveles de fertilidad.

Si bien los posibles vínculos entre el VIH y la fertilidad pueden verse claramente, la certeza sobre el verdadero impacto es menor (47, 72, 104). Ningún estudio ha llegado a firmes conclusiones sobre el efecto general del SIDA en la fertilidad en las poblaciones nacionales (47).

Las diferencias de edad en relación con la fertilidad

Las tasas de fertilidad difieren de acuerdo a la edad de las mujeres. Estas diferencias son reflejo de preferencias reproductivas, la habilidad de actuar según estas preferencias, el comportamiento sexual y la fecundidad. Los patrones de edad de la fertilidad varían considerablemente entre regiones y países y entre los diferentes grupos dentro de los países (26).

En la mayoría de ellos, la fertilidad llega al punto máximo entre las mujeres de 20 a 24 años. No obstante, en casi la mitad de los países encuestados en África Subsahariana, este punto se extiende hasta los 29 años. Además, en estos países africanos las mujeres siguen teniendo hijos a mayor edad que en ninguna otra parte. En los países subsaharianos, las mujeres de más de 40 años contribuyen a la TFT un promedio de 0,5 hijo (98) (ver el cuadro A en la Red). Puede que la falta de disponibilidad y uso de la esterilización a través de gran parte de la región contribuya a explicar este patrón (93).

En la mayor parte de las regiones, la fertilidad ha descendido primero entre los grupos más jóvenes y los grupos de más edad. Sin embargo, en África Subsahariana, el patrón es algo diferente ya que en la mayoría de países la fertilidad ha descendido uniformemente en todos los grupos de edad. La excepción es Senegal, donde gran parte del descenso de 1,5 hijos en la TFT entre 1978 y 1997 se dio entre las mujeres de 30 años o menos, debido en parte al aumento de la edad al momento de casarse (124).

En los lugares con las tasas de fertilidad más altas, las mujeres generalmente tienen sus primeros partos a la edad de 20 años. Pero una fertilidad alta entre las adolescentes (entre 15 y 19 años) no necesariamente significa que la TFT de un país será alta (113). En Bangladesh, por ejemplo, la mayoría de las mujeres tienen su primer parto alrededor de los 18, pero la TFT de 3,3 hijos por mujer está entre las más bajas de Asia porque muchas mujeres dejan de tener hijos cuando son relativamente jóvenes (69).

La fertilidad entre diferentes grupos

Los niveles de fertilidad varían según los logros educativos de las mujeres, el lugar de residencia y otras características socioeconómicas. Esas diferencias son, a menudo, considerables.

Educación de la mujer. En la mayoría de los países encuestados, cuantos más años de estudios tiene una mujer, menor es su fertilidad. En lo que respecta a las mujeres, el logro educativo tiene un efecto más fuerte en la fertilidad que la educación en los hombres, u otras características del hogar, tales como la riqueza (5, 57).

En Malawi, entre las mujeres sin educación la TFT es de 7,3, mientras que entre aquellas que terminaron su educación secundaria es sólo 3,0. En forma similar, en la República Dominicana la fertilidad entre las mujeres sin educación es el doble que entre las mujeres con educación secundaria, con TFT de 5,0 y 2,5, respectivamente (ver el cuadro B en la Red).

En general, el nivel educativo de las mujeres tiende a tener impacto en las tasas de fertilidad de todas las edades (115). La

educación incide en la fertilidad mediante varios factores interrelacionados, incluyendo la condición socioeconómica de la mujer, situación dentro del hogar, edad al momento de casarse, tamaño deseado de familia, acceso a información y servicios de planificación familiar y uso de la anticoncepción (61).

Las mujeres con más educación habitualmente tienen aspiraciones personales más altas, y la educación puede abrirles las puertas hacia mayores logros y desarrollo personal (53), poniendo menos énfasis en la maternidad como la principal recompensa de la vida. La educación mejora la condición de la mujer (5, 30). Las mujeres que tienen mayor educación generalmente tienen mayor control de los recursos y mayor autonomía para tomar decisiones (53, 57).

La educación puede transformar las actitudes y llevar al cuestionamiento de las creencias y prácticas tradicionales, como las que apoyan la fertilidad alta (30, 53). En India, por ejemplo, es menos probable que las mujeres más educadas declaren tener preferencia por hijos varones (33) (ver la siguiente página).

Las encuestas confirman que las mujeres con mayor educación generalmente desean tener menos hijos que las mujeres menos educadas. También es más probable que usen planificación familiar y, por ende, logren la meta de no tener más hijos de los que desean (30, 100, 115, 131).

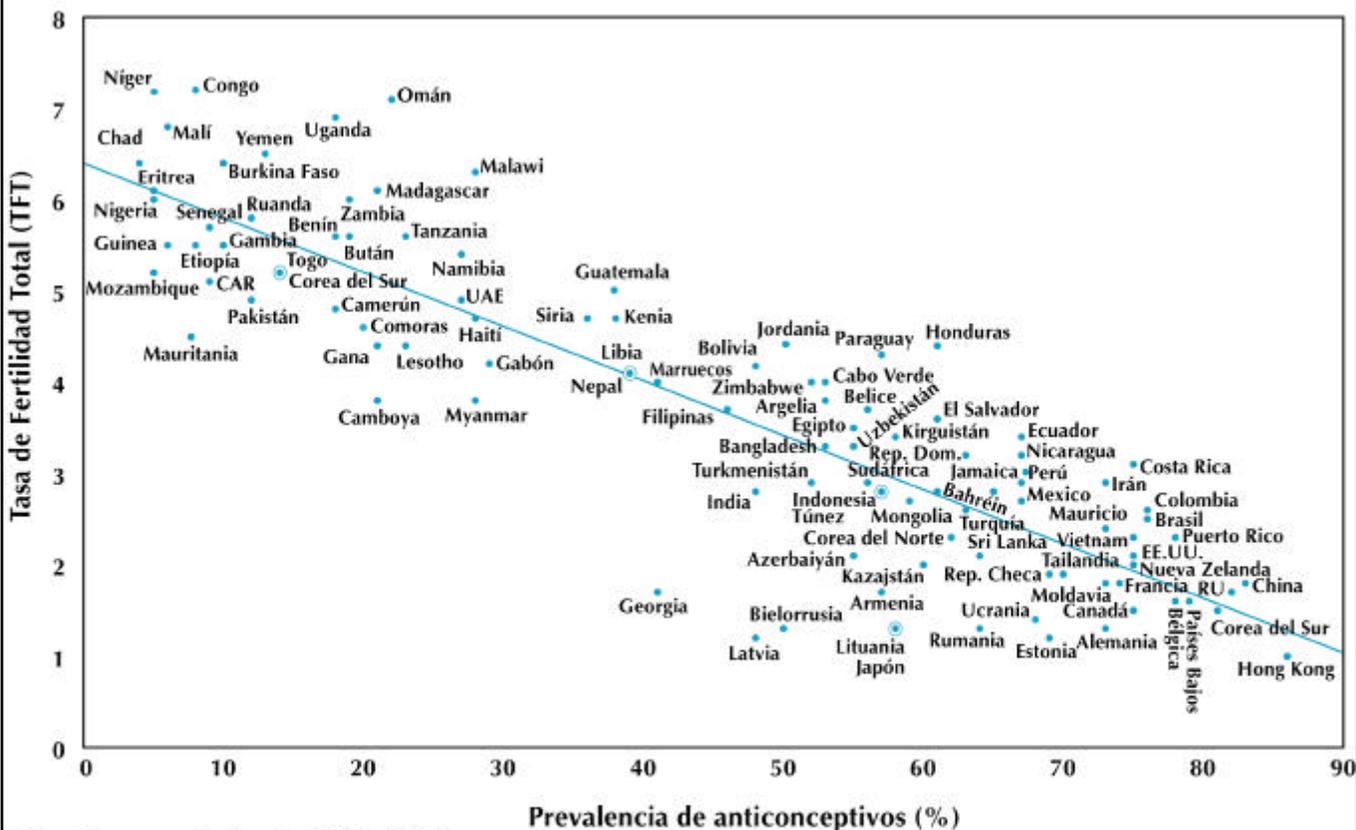
Los descensos de la fertilidad han seguido la tendencia de ocurrir primero entre las mujeres con más educación y alcanzar luego a aquellas con menor educación (5, 57, 69, 89, 115). No obstante, hoy en todo el mundo millones de mujeres con escasa escolaridad formal están utilizando la anticoncepción y teniendo menos hijos. Este hecho refuta el argumento de que es necesario difundir ampliamente la educación formal para obtener descensos substanciales en la fertilidad (97).

Residencia rural o urbana. Junto con la educación de la mujer, las diferencias más sistemáticas de fertilidad entre los grupos reflejan en qué lugares viven las mujeres: si en zonas



En Bangladesh, la mayoría de las mujeres tienen sus primeros hijos muy jóvenes. Pero también muchas de ellas dejan de tener hijos a temprana edad a medida que se extiende el alcance de la planificación familiar. Debido a ello, se ha visto un descenso considerable de la fertilidad.

Figura 1. Relación entre la fertilidad y el uso de anticonceptivos



105 países encuestados entre 1990 y 2001

TFT: El número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida, si las tasas de fertilidad actuales específicas a la edad permanecieran constantes a lo largo de sus años reproductivos.

Prevalencia de anticonceptivos: El porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad que utilizan cualquier método anticonceptivo (sin incluir ningún método popular ni tradicional, excepto el retiro y la abstinencia periódica).

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas sobre Salud Reproductiva y otras encuestas comparables

Population Reports

urbanas o rurales (35, 69, 76). En todos los países encuestados desde 1990, la TFT es más baja en las zonas urbanas, fluctuando de una diferencia de apenas 0,1 hijo por mujer en Mauricio hasta 3,4 hijos en Uganda (ver el cuadro B en la Red).

Históricamente, en países donde la fertilidad era alta y la transición demográfica aún no había comenzado, normalmente las diferencias de fertilidad entre las zonas urbanas y rurales eran mínimas. En países que atravesaban por la transición, sin embargo, las diferencias urbanas y rurales crecieron porque los descensos de la fertilidad a menudo ocurrían en las zonas urbanas.

Los residentes urbanos generalmente tienen mayor interés en la planificación familiar, mayor acceso a los anticonceptivos modernos y mejor educación. Los niños de las zonas urbanas no representan una ventaja económica para la familia, los costos de vida son altos y las normas sociales que favorecen las familias grandes son más débiles que en el campo.

A medida que avanza la transición demográfica, las diferencias urbanas y rurales en cuanto a la fertilidad decrecen. La norma de la familia pequeña se adopta a través del país y la información y servicios de planificación familiar se hacen más ampliamente disponibles. De este modo, los descensos de la fertilidad se difunden de las zonas urbanas a las rurales y la fertilidad baja en todo el país (34, 87, 90, 91).

De los 30 países subsaharianos encuestados, sólo en 3 (Chad, Malí y Níger) la fertilidad de las zonas urbanas permanece tan alta como para considerarla "anterior a la transición demográfica" —es decir, una TFT por encima de 5,2 hijos por mujer (124) (ver el cuadro B en la Red).

En las zonas rurales, sin embargo, la TFT continúa por encima de 5,2 en todos excepto siete de los países subsaharianos: Cabo Verde, República Centroafricana, Comoras, Kenia, Mauricio, Sudáfrica y Zimbabue. Por lo tanto, en aquellos países subsaharianos donde un menor porcentaje de la población vive en zonas urbanas, los descensos de la fertilidad en el ámbito nacional han sido más lentos que en los países más urbanizados de la región (28).

Preferencias de género. En África Subsahariana, el Sudeste de Asia y América Latina y el Caribe, los niveles de fertilidad prácticamente no se ven afectados por el deseo de la pareja de tener un hijo de un determinado sexo (8). En partes del Cercano Oriente y Norte de África y partes del Sur de Asia, sin embargo, la preferencia por hijos varones pone una presión hacia elevar los niveles de fertilidad. En vista de que muchas parejas siguen teniendo hijos hasta que nazca un varón, la fertilidad es más alta de lo que sería sin esta preferencia de género.

Por ejemplo, un estudio de datos provenientes de seis países con marcada preferencia por hijos varones (Bangladesh,

Egipto, India, Nepal, Pakistán y Turquía), calculó que el número de mujeres embarazadas en el momento de la encuesta sería de 9% a 21% inferior si no hubiera esa preferencia por varones (8). Si no la hubiera en India, la tasa de fertilidad nacional bajaría en 8% (78).

El uso de anticonceptivos

Entre las regiones en desarrollo, los niveles de uso de los anticonceptivos varían ampliamente, desde un promedio de 15% en África Subsahariana hasta 68% en América Latina y el Caribe (ver el cuadro 1, pág. 3). Los niveles de fertilidad son prácticamente correspondientes a los niveles de uso de la anticoncepción. En países donde es muy difundido el uso de anticonceptivos, la fertilidad es baja, y donde el uso de anticonceptivos no es común, la fertilidad es alta (ver la figura 1).

Incremento del uso de anticonceptivos en los países en desarrollo

El aumento del uso de la anticoncepción ha sido la causa principal y directa de que la fertilidad haya descendido en el mundo en desarrollo (31, 44, 61, 131). En países en desarrollo alrededor del mundo entero, un creciente porcentaje de mujeres, casadas y no casadas, está utilizando anticonceptivos.

Se calcula que actualmente 55% de las mujeres casadas en el mundo en desarrollo usan alguna forma de anticoncepción y que 50% utilizan un método moderno (ver el cuadro 1, pág. 3). En contraste, en 1990, aproximadamente 41% de mujeres casadas en estos mismos países usaban anticonceptivos, y en 1983 cerca de 33% (111, 112). Estos niveles de uso de anticonceptivos se ponderan por el tamaño de la población y, por lo tanto, quedan muy influenciados por los niveles de uso en China e India, los dos países más densamente poblados del mundo. Sin contar estos dos países, el porcentaje de mujeres casadas en edad reproductiva que actualmente utiliza algún método anticonceptivo en el mundo en desarrollo se aproximaría a 42% en lugar de 55%.

Datos provenientes de los 38 países en desarrollo donde se realizaron múltiples EDS o ESR desde 1990 muestran que el uso de cualquier método de planificación familiar entre mujeres casadas se elevó al menos en 10% en todos los países excepto 7: El Salvador, Ghana, Jamaica, Malí, Ruanda, Turquía y Zimbabwe (ver el cuadro 3 en la Red). Los niveles de uso de anticonceptivos bajaron únicamente en Ruanda, y por más de 40%, dado que la guerra civil y los conflictos étnicos afectaron la vida familiar.

Los aumentos en el uso de la anticoncepción en países en desarrollo a partir de 1990 son la continuación de una tendencia más prolongada. Entre 1975 y 1995, el uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas aumentó en 30 de los 31 países en desarrollo donde se llevaron a cabo dos o más encuestas (62). Es más, los niveles de uso de anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas no casadas, también aumentaron en la década de los 90, en un 10% o más en todos menos 6 del total de 24 países en desarrollo con esos datos³ (ver el cuadro C en la Red).

Si bien otros factores directos (como la proporción de mujeres casadas, la no susceptibilidad al embarazo durante el posparto, la infertilidad y el aborto inducido) también tienen importante influencia en los niveles de fertilidad (ver la pág. 20), ninguno de ellos ha cambiado tanto como el uso de la anticoncepción en los países en desarrollo en los últimos años. Por ende, ninguno ha contribuido tanto al descenso de la fertilidad como el creciente uso de los anticonceptivos (23, 44, 61).

Un incremento en el uso de los métodos modernos —particularmente los inyectables pero también la esterilización femenina, los anticonceptivos orales (AO) y el dispositivo intrauterino (DIU)— representa la mitad o más del aumento del uso total de anticonceptivos entre las mujeres casadas en todos los países menos Burkina Faso, Camerún y Ecuador, entre los 38 países en desarrollo donde se hicieron múltiples encuestas desde 1990 (31, 131) (ver el cuadro 3 en la Red).

³ La mayoría de las encuestas realizadas desde 1990 en el Cercano Oriente y Norte de África y en Asia se limitaron a mujeres casadas alguna vez. Las excepciones fueron Mauritania, Marruecos, Camboya y las Filipinas. Las encuestas en estos países, al igual que en todos los de África Subsahariana, América Latina y el Caribe, y Europa Oriental y Asia Central, recogieron información sobre todas las mujeres, es decir, mujeres nunca antes casadas y mujeres casadas alguna vez.



En Uganda igual que en otros países, está creciendo el número de mujeres que practican la anticoncepción. Los incrementos en el uso de anticonceptivos han sido la principal causa directa de los descensos de la fertilidad. En los países en desarrollo, alrededor de la mitad de las mujeres casadas utilizan los métodos modernos.

Uso actual de los anticonceptivos

Mundialmente, según estimaciones de **Population Reports**, más de 620 millones de mujeres casadas en edad reproductiva (57% de este grupo de mujeres) estaban utilizando la anticoncepción en el año 2000⁴. El porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos en el mundo desarrollado es más alto, un 68%, que en el mundo en desarrollo, un 55% (ver el cuadro 1, pág. 3). Sin embargo, el número absoluto de usuarios de anticonceptivos es mucho mayor en países desarrollo, llegando a casi 500 millones de mujeres en comparación con 120 millones en países desarrollados.

En promedio a nivel mundial, casi 9 de cada 10 usuarios de anticonceptivos confían en los métodos modernos, mientras que aproximadamente 1 de cada 10 confía en métodos tradicionales como el retiro y la abstinencia periódica. Contrariamente a lo que pudiera esperarse, un porcentaje mucho mayor de mujeres (12%) utiliza métodos tradicionales en los países desarrollados que en los países en desarrollo (5%) (ver el cuadro 1, pág. 3).

En el mundo en desarrollo tomado en su totalidad, cerca de la mitad de mujeres casadas en edad reproductiva usan métodos de anticoncepción modernos. Esta cifra baja a 35% si se omite India, y especialmente China, tanto por sus densas poblaciones como por su confianza mayor que la promedio en los métodos anticonceptivos a largo plazo. En otros países fuera de India y China, se calcula que 7% de mujeres utilizan los métodos anticonceptivos tradicionales. (Para mayor información sobre la mezcla de métodos anticonceptivos, ver la pág. 13.)

Basándose en estadísticas sobre la prevalencia de los anticonceptivos, los países en desarrollo, como grupo, se encuentran aproximadamente en la mitad de la transición demográfica de una fertilidad más alta hacia una más baja. Niveles de uso de anticonceptivos de 75% a 84%, como los de Norteamérica y el Norte de Europa, reflejan que tal transición se ha completado. La tasa de prevalencia de anticonceptivos más alta encontrada en cualquier país cuya población supera los 3 millones es 87% en Hong Kong y 86% en el Reino Unido (ver el cuadro 1 en la Red).

Si bien lo tratado hasta aquí, en su mayor parte, incluye a todos los países en desarrollo y los desarrollados, lo que se discute a continuación sobre el uso de anticonceptivos se basa únicamente en datos de los 71 países donde se realizaron las EDS y ESR desde 1990.

Patrones regionales entre las mujeres casadas. La prevalencia de uso de los anticonceptivos varía significativamente entre los 30 países de África Subsahariana encuestados desde 1990. En cinco de ellos, Cabo Verde, Kenia, Mauricio, Sudáfrica y Zimbabwe, más de un tercio de las mujeres casadas utilizan la anticon-

cepción. En otros siete países, Chad, Eritrea, Guinea, Malí, Mozambique, Níger y Nigeria, la prevalencia de los anticonceptivos es de 6% o más baja (ver el cuadro 3).

Entre los seis países que se encuestaron en el Cercano Oriente y Norte de África, al menos la mitad de las mujeres casadas en Egipto, Jordania y Turquía utilizan la anticoncepción. En contraste, la prevalencia es menor en Mauritania (8%) y Yemen (13%). Entre los ocho países encuestados en Asia, la prevalencia más alta es la de Vietnam (75%) y la más baja en la encuesta de 1990–91 de Pakistán (12%). (Según estimaciones recientes, la prevalencia de los anticonceptivos en Pakistán ha aumentado hasta casi 30% (85).)

Entre los 16 países encuestados en América Latina y el Caribe, la prevalencia de la anticoncepción es 75% o más en Brasil, Colombia, Costa Rica y Puerto Rico. En contraste, Haití tiene una prevalencia de 28%. Entre 11 países encuestados en Europa Oriental y Asia Central, la prevalencia de los anticonceptivos es más de 50% en todos menos en Georgia (41%).

Patrones regionales entre las mujeres sexualmente activas no casadas. En 35 de los 45 países en desarrollo que cuentan con datos relevantes de las encuestas, el uso de anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas no casadas entre los 15 y 49 años excede al uso entre las mujeres casadas por cinco puntos porcentuales o más. Igual que las mujeres casadas, la mayoría de las mujeres no casadas que utilizan la anticoncepción confían en los métodos modernos (ver el cuadro C en la Red).

En África Subsahariana, el uso de anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas no casadas en edad reproductiva es al menos el doble que entre las mujeres casadas, en promedio. Más de la mitad de la diferencia se debe a niveles más altos de uso de condones entre las mujeres no casadas. El uso de la anticoncepción entre las mujeres no casadas alcanza o sobrepasa el 50% en 8 de los 28 países subsaharianos encuestados. (Para mayores detalles sobre el uso de anticonceptivos entre las mujeres jóvenes no casadas, ver la pág. 30.)

En forma similar, en todos excepto 3 de los 17 países encuestados en América Latina y el Caribe, y en los 4 países de Europa Oriental y Asia Central para los cuales existen datos, los niveles de uso de anticonceptivos entre las mujeres sexual-



En Egipto, una proveedora brinda orientación a una cliente sobre planificación familiar. Entre seis países que se encuestaron en el Cercano Oriente y Norte de África, incluido Egipto, la prevalencia promedio de uso de anticonceptivos es de 45%. América Latina tiene la prevalencia más alta, de 68%, y África Subsahariana la más baja, de 15%.

⁴ Estos porcentajes están ponderados por el tamaño de la población y utilizan datos de las EDS así como de las ESR, y para países sin datos de estas encuestas, se usan otras representativas nacionalmente (ver en el cuadro 2 la metodología utilizada). Los resultados de las encuestas en este informe, comenzando por el cuadro 3, no están ponderados por el tamaño de la población; es decir, se toman simples promedios y medianas de los datos del país.



Ayuda Mundial de Literacia

Mujeres del pueblo conversan en una calle rural de Bolivia. Prácticamente en todas partes, el uso de anticonceptivos es más bajo en las zonas rurales que en las urbanas. No obstante, en países donde hay un amplio uso de anticonceptivos, las diferencias entre ambas zonas tienden a ser más pequeñas que donde la prevalencia es más baja, lo cual refleja la difusión de ideas, información y servicios.

mente activas no casadas son iguales o más altos que entre las mujeres casadas. Las diferencias son menores que en África Subsahariana, sin embargo, porque el uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas de otros lugares está mucho más difundido que en África Subsahariana. No existen datos comparables para Asia ni el Cercano Oriente y Norte de África.

Diferencias en el uso de anticonceptivos entre grupos

Las diferencias en el uso de anticonceptivos son las principales responsables de las diferencias en la fertilidad que se ven entre varios grupos de mujeres, ya sea que se agrupen por edad, educación o lugar de residencia.

Edad y número de hijos. Muy similar a lo que ocurre con las diferencias de edad en la fertilidad (ver la pág. 7), el uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas generalmente se eleva de niveles bajos a las edades de 15 a 19 años hasta su nivel máximo a las edades de 30 a 39, y luego desciende (ver el cuadro D en la Red).

El uso de anticonceptivos tiende a elevarse con la paridad (el número de hijos vivos que tiene una mujer), pero en algunos países más bien baja a medida que incrementa la paridad. El menor uso de anticonceptivos entre las mujeres con cinco o más hijos puede reflejar una fecundidad más baja, y por lo tanto menos probabilidad de embarazarse, a medida que las mujeres se acercan al final de su ciclo reproductivo. Además, es probable que muchas mujeres con familias numerosas nunca o casi nunca hayan utilizado anteriormente la anticoncepción.

Educación de la mujer. La educación de las mujeres tiene estrecha conexión con el uso de anticonceptivos (80) igual que con la fertilidad (ver la pág. 7). Incluso después de tomar en cuenta otros factores, los investigadores encuentran constantemente que las mujeres con mayor educación tienen mayor probabilidad de utilizar la anticoncepción (38). Si bien

es cierto que la educación del esposo tiene un efecto positivo, resulta menos importante que la educación de la esposa (5, 11).

En todos los países en desarrollo encuestados desde 1990, el uso de anticonceptivos es más alto entre las mujeres con mayor educación (ver el cuadro D en la Red). Las diferencias en el uso de anticonceptivos según el nivel educativo son más grandes en África Subsahariana, que tiene el uso total de anticonceptivos más bajo de todas las regiones (36). En contraste, en países donde el uso de anticonceptivos ya se ha difundido entre prácticamente todos los grupos, como en Bangladesh, Colombia, Jamaica y Mauricio, las diferencias en el uso según el nivel de educación son relativamente pequeñas.

No siempre es necesario que haya aumentos en la educación formal para que incremente el uso de anticonceptivos. A menudo, echar a correr la voz o los medios de comunicación masiva son suficientes para concienciar a la gente sobre la anticoncepción y pueden difundir la norma de la familia pequeña a través de toda la sociedad.

Residencia rural o urbana. Quizás la diferencia más constante en los niveles de uso de anticonceptivos entre grupos sea la existente entre las mujeres de las zonas rurales y las urbanas (75). En 59 de 60 países en desarrollo encuestados, las tasas

de uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas de las zonas rurales son menores que en las urbanas. La excepción es Jamaica, donde los niveles de uso rural y urbano son iguales. En países que se encuestaron en Europa Oriental y Asia Central, las diferencias en el uso de anticonceptivos entre zonas rurales y urbanas son bastante pequeñas, y en Armenia y Azerbaiyán, el uso en las zonas rurales es más alto que en las urbanas.

Igual que con las diferencias en el uso de anticonceptivos por nivel de educación, las diferencias según la residencia rural o urbana varían entre los países. En países donde el uso de la anticoncepción está muy difundido, las diferencias rurales y urbanas son menores que en lugares donde hay una baja prevalencia de los anticonceptivos (36) (ver el cuadro D en la Red).

Intenciones de utilizar los anticonceptivos

En las encuestas, se pregunta a las mujeres casadas que no están utilizando anticonceptivos actualmente, incluyendo las embarazadas, si su intención es usarlos en el futuro. El porcentaje que responden que tienen intención de usarlos varía entre las regiones, desde un 41% en el Cercano Oriente y Norte de África hasta 57% en América Latina y el Caribe (ver el cuadro E en la Red).

En los países subsaharianos, los niveles de intención de usar anticonceptivos alcanzan un promedio de 44%, fluctuando desde 14% en Chad hasta 74% en Malawi. Entre los países de Europa Oriental y Asia Central, el porcentaje más bajo de mujeres con intenciones de practicar la anticoncepción es 36% en Armenia, y es cerca de 46% en la región en general. Casi la mitad de las mujeres casadas de Asia tienen intención de utilizar la planificación familiar en el futuro, desde 15% en Pakistán hasta 73% en Nepal.

Las intenciones de usar anticonceptivos varían entre los diferentes grupos de mujeres casadas. Las mujeres con más hijos

tienen mayor probabilidad de intentar utilizarlos pronto. Además, a pesar de que las mujeres al principio de sus años reproductivos pueden planear practicar la anticoncepción a la larga, tienen menos probabilidad de manifestar que planean hacerlo pronto, supuestamente porque muchas desean tener más hijos.

Razones para no tener intenciones de usar anticonceptivos. En las encuestas, también se les pregunta a las mujeres casadas que no están utilizando anticonceptivos actualmente ni intentan usarlos, cuál es la principal razón por la que no tienen intención de usarlos. No se indaga sobre razones consideradas en segundo o tercer lugar pero que pueden también ser importantes (92).

A excepción de África Subsahariana, la principal razón que dan las mujeres para no utilizar la anticoncepción es que corren poco riesgo de quedar embarazadas —es decir, su fecundidad es baja, son infecundas, menopáusicas o estériles (ver el cuadro F en la Red). Como puede esperarse, muchas mujeres manifiestan que no tienen intención de usar anticonceptivos porque están embarazadas o desean tener más hijos, ésta es la razón que se arguye con más frecuencia en África Subsahariana.

Otras de las razones principales incluyen, a menudo, las preocupaciones sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos, ésta es la razón principal argüida por las mujeres de Ghana, Haití y las Filipinas. En unos pocos países, las razones vinculadas con la religión o con la oposición a la planificación familiar por parte de los entrevistados u otros son también importantes.

Relativamente pocas mujeres casadas que no están practicando la anticoncepción señalan que la falta de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar o fuentes donde obtenerlos son la razón por la cual no tienen intención de utilizarlos en el futuro. Tales respuestas son más comunes en África Subsahariana, 10% en promedio, y llegan hasta 29% en Chad. En los países en desarrollo en forma global, menos del 1% de mujeres casadas dan razones relacionadas con la falta de acceso a la planificación familiar, los costos o las dificultades de obtener métodos anticonceptivos específicos.

La mezcla de métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos específicos que utilizan las mujeres varían significativamente de un país a otro. La mezcla de métodos en un país dado refleja muchos factores, incluyendo la disponibilidad de distintos métodos anticonceptivos y el grado de concientización de la gente acerca de ellos, de sus costos y de dónde pueden conseguirse (ver la



En general, los métodos más utilizados por las mujeres casadas de los países en desarrollo encuestados son estos cuatro métodos anticonceptivos modernos: la esterilización femenina, los anticonceptivos orales, los inyectables y los DIU. Los métodos tradicionales se usan muy poco.

pág. 20). Además, las preferencias personales, las normas sociales y la aceptabilidad percibida del uso de planificación familiar influyen sobre la elección de anticonceptivos.

Hay cuatro métodos anticonceptivos modernos —la esterilización femenina, los anticonceptivos orales (AO), los inyectables y el dispositivo intrauterino (DIU)— que son los utilizados más ampliamente por las mujeres casadas en los países en desarrollo donde se realizaron las encuestas. Juntos, representan casi las tres cuartas partes del uso total de anticonceptivos (ver el cuadro 3, pág. 10).

Esterilización femenina

En los países en desarrollo encuestados, la esterilización femenina es el método anticonceptivo más difundido en general: un promedio no ponderado de 9% de las mujeres casadas han sido esterilizadas (ver el cuadro 3, pág. 10). No obstante, la esterilización femenina es el método más utilizado en sólo 14 de los 60 países en desarrollo encuestados, la totalidad de ellos en Asia o en América Latina y el Caribe.

La esterilización es poco usual en el Cercano Oriente y Norte de África o en África Subsahariana. Como es de esperarse, en la mayor parte de los países donde se usa poco, el acceso a la esterilización femenina es limitado o inclusive inexistente (32, 93).

Entre las encuestas, los niveles de esterilización femenina permanecieron casi los mismos en la mayoría de los 38 paí-

Dando a conocer 30 años de datos de encuestas

Este es el informe más reciente de la serie de boletines de **Population Reports** que cubren los resultados de las encuestas sobre fertilidad, planificación familiar y temas de salud en países en desarrollo. Este informe se enfoca en datos provenientes de 71 países y 120 encuestas demográficas y de salud (EDS) o encuestas sobre salud reproductiva (ESR).

Estas encuestas, donde se reúne información acerca de las mujeres (y a veces de los hombres) sobre la fertilidad, el uso de anticonceptivos, las preferencias en cuanto a fertilidad y otros temas importantes de salud reproductiva, proporcionan la mejor evidencia disponible acerca de los niveles y las tendencias que siguen estos indicadores en el mundo en desarrollo y en algunos países del antiguo bloque soviético. Desde 1990, unos 40 países (38 en regiones en desarrollo) fueron encuestados más de una vez, lo cual permite analizar las tendencias. Los datos de las Encuestas sobre Salud Reproductiva de Jóvenes Adultos (ESRJA) se incluyeron cuando se consideró apropiado.

En este número de **Population Reports**, se cubren 60 países en desarrollo, lo que representa casi 50% de la población del mundo en desarrollo. Excluyendo a China, las encuestas representan aproximadamente 71% del mundo en desarrollo. (A pesar de que Puerto Rico es un estado libre asociado a los Estados Unidos, se ha incluido en este informe porque forma parte de uno de los programas de ESR. Debido a su ubicación geográfica, sus datos se informan como parte de la región de América Latina y el Caribe.) En el informe, los 11 países encuestados en Europa Oriental y Asia Central que formaron parte del bloque soviético se tratan en forma separada.

Acerca de los datos

Los datos que aquí se presentan provienen principalmente de tabulaciones especiales producidas por los programas de EDS y ESR para este informe y de tabulaciones en línea del compilador estadístico llamado "STATcompiler" de las EDS. Algunos datos difieren ligeramente de los publicados en los Informes Finales de los Países. Tales diferencias se deben principalmente al pulido adicional de los juegos de datos desde la publicación de los informes finales. En algunos casos se utilizaron los datos de esos informes finales. (Los

datos del STATcompiler y muchos de los informes finales de los países están disponibles en <http://www.measuredhs.com/>).

No todas las encuestas incluyen preguntas sobre todos los temas tratados en este informe, ni los entrevistados se definen de igual manera en todas las encuestas. Como resultado, algunas veces varía el número de países mencionados en diferentes secciones y cuadros.

Las encuestas no se realizan los mismos años en los mismos países; el año de cada encuesta se menciona en los cuadros. Las comparaciones en este informe generalmente se hacen a partir de los datos de las encuestas más recientes de cada país. Como es ineludible, en algunos países los últimos datos son de hasta 12 años atrás. Las encuestas incluidas en este informe están enumeradas en la página 41.

Las EDS y las ESR no cubren todos los países en desarrollo. Por lo tanto, algunos cuadros y lo discutido al principio del informe incluyen estimaciones de los niveles de fertilidad y de la prevalencia de anticonceptivos en otros países que han sido calculadas y publicadas por las Naciones Unidas. (<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>) y por la Oficina del Censo de los Estados Unidos (<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>).

En un número de **Population Reports** a publicarse próximamente se incluirá información sobre las actitudes y conducta de los hombres respecto a la planificación familiar y sobre los conocimientos y actitudes de hombres y mujeres en relación con el VIH/SIDA.

En los números pasados de **Population Reports** pueden encontrarse los resultados de encuestas anteriores. Los resultados de las encuestas realizadas durante la década de los 80 aparecen en *La revolución reproductiva: nuevos resultados de las encuestas*, Serie M, No. 11, diciembre de 1992. Los resultados de las encuestas realizadas en los años setenta aparecen en los siguientes números: *Encuestas de fecundidad y planificación familiar: una actualización*, Serie M, No. 8, septiembre-octubre de 1985, *Encuestas de prevalencia del uso de anticonceptivos: una nueva fuente de datos sobre planificación familiar*, Serie M, No. 5, mayo-junio de 1981 y *La Encuesta Mundial de Fecundidad: situación actual y resultados*, Serie M, No. 3, julio de 1979. Estos cinco números se encuentran disponibles en CD-ROM (para hacer pedidos, vea la pág. 22).

ses en desarrollo encuestados varias veces desde 1990 (ver el cuadro 3 en la Red). Sin embargo, en tres de esos países, India, Colombia y Nicaragua, el uso de la esterilización femenina creció por seis o más puntos porcentuales entre las encuestas. En India, este incremento representó el incremento total en la prevalencia del uso de los anticonceptivos modernos entre las encuestas.

Entre las mujeres no casadas en edad reproductiva en unos cuantos países de América Latina y el Caribe, el uso de la esterilización es significativo —incluyendo el 26% de mujeres no casadas en edad reproductiva sexualmente activas en El Salvador y el 24% en la República Dominicana (ver el cuadro C en la Red). Estos datos abarcan a muchas mujeres viudas o divorciadas sexualmente activas que optaron por la esterilización después de haber completado su familia.

En países que se encuestaron en África Subsahariana y Europa Oriental y Asia Central, prácticamente no hay mujeres no casadas sexualmente activas que hayan elegido la esterilización.

Anticonceptivos orales

Los anticonceptivos orales (AO) son el segundo método anticonceptivo de más amplio uso entre las mujeres casadas de los países en desarrollo encuestados en las EDS y ESR. Constituyen el método más difundido en África Subsahariana y el segundo más usado en el Cercano Oriente y Norte de África, Asia y América Latina y el Caribe (ver el cuadro 3, pág. 10).

En un tercio de los países subsaharianos encuestados, los AO son el método anticonceptivo usado más ampliamente, a pesar de que sólo en Cabo Verde, Mauricio y Zimbabue más

del 15% de las mujeres casadas en edad reproductiva lo utilizan. No obstante, el nivel de uso de los AO en Zimbabwe, de 36%, es más alto que en cualquier otro país del mundo, lo cual refleja el énfasis que el programa nacional de planificación familiar ha puesto en distribuir los AO por todo el país.

El uso de AO entre las mujeres casadas permaneció sin cambios en la mayoría de los 38 países en desarrollo donde se realizó más de una encuesta desde 1990 (ver el cuadro 3 en la Red). Donde más aumentó el uso fue en Bangladesh, habiéndose elevado cinco puntos porcentuales durante los seis años que transcurrieron entre las encuestas.

Entre las mujeres no casadas sexualmente activas, el uso de AO es a menudo más común —y en muchos países mucho más común— que entre las mujeres casadas (ver el cuadro C en la Red). En casi todos los países encuestados con esos datos, hay mayor probabilidad de que las mujeres no casadas utilicen AO que las casadas. Esta estadística refleja el hecho de que pocas mujeres no casadas confían en la esterilización.

Inyectables

Los inyectables se han convertido en el tercer método anticonceptivo más común entre las mujeres casadas de los países en desarrollo que se encuestaron, aunque sólo los usan cerca de 5% de las mujeres casadas. En 15 de los países encuestados desde 1990, la mayor parte de ellos en África Subsahariana, los inyectables son el método anticonceptivo más popular entre las mujeres casadas (ver el cuadro 3, pág. 10).

El uso de los inyectables es más alto en Sudáfrica, donde los usan 23% de las mujeres casadas. Otros países donde también se usan ampliamente son Indonesia y Malí, donde 21% y 16% de mujeres casadas los usan, respectivamente. En el grupo de mujeres en edad reproductiva no casadas pero sexualmente activas, el uso de inyectables es superior al 10% en Kenia, Guatemala, Namibia, Níger y Paraguay.

Entre las mujeres casadas de los países en desarrollo donde se realizaron varias encuestas desde 1990, el uso de inyectables aumentó en todos los países, excepto Ruanda, en un promedio de tres puntos porcentuales. Donde hubo mayor incremento de uso fue en Malawi, 14 puntos porcentuales, en Perú, 13 puntos, y en Haití e Indonesia, 9 puntos (ver el cuadro 3 en la Red).

Dispositivo intrauterino

El dispositivo intrauterino o DIU está en cuarto lugar de preferencia entre los métodos de planificación familiar que usan las mujeres casadas en los países en desarrollo encuestados. El uso del DIU parece haberse incrementado en 14 de los 38 países en desarrollo donde se hicieron dos encuestas desde 1990, pero se trata de aumentos pequeños que en promedio representan menos de la mitad de un punto porcentual.

Este método (el DIU) es el de mayor difusión en el Cercano Oriente y Norte de África (ver cuadro 3, pág. 10). En los países encuestados de Asia y África Subsahariana el uso del DIU es escaso. La única excepción es Vietnam, donde lo usan 39% de mujeres casadas, lo cual refleja el énfasis que ha puesto el gobierno en la provisión del método. En China (la cual no ha sido parte del programa de EDS ni de ESR pero ha levantado sus propias encuestas sobre el uso de anticonceptivos) los niveles de uso del DIU son elevados, 36% del total de mujeres casadas en edad reproductiva (114). Este método es el de más uso en la mayoría de los países con encuestas en Europa Oriental y Asia Central.

Entre las mujeres no casadas sexualmente activas de los países encuestados, los niveles de uso del DIU son por lo general bajos. Las excepciones son Kazajistán y Moldavia, y varios países de América Latina, incluyendo Ecuador, Honduras y Nicaragua.

Condomes masculinos

A pesar de la importancia que tienen los condones para protegerse contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), es raro que las mujeres casadas de los países en desarrollo confíen en ellos.⁵ Los niveles de uso del condón que informan las mujeres casadas no han cambiado significativamente en los últimos años, según los datos de 38 países en desarrollo encuestados más de una vez desde 1990.

De 60 países en desarrollo con encuestas, un promedio de sólo 3% de mujeres casadas informan confiar en los condones masculinos como anticonceptivos (ver el cuadro 3, pág. 10). Únicamente en tres países más del 10% de mujeres casadas declara usar el condón para prevenir el embarazo —Mauricio con 13%, Costa Rica con 16% y Jamaica con 17%.

Entre los países encuestados en Europa Oriental y Asia Central, el 19% de las mujeres casadas en la República Checa utilizan condones para planificación familiar, y en Ucrania el 14%.

Uso de condones entre las mujeres no casadas. Es mucho más probable que las mujeres en edad reproductiva no casadas pero sexualmente activas informen el uso de condones que las mujeres casadas —en promedio, 16 veces más probable que en África Subsahariana, y tres veces más probable en América Latina y el Caribe. En 11 países en desarrollo, los niveles de uso del condón son de 20% o más entre las mujeres no casadas sexualmente activas (ver el cuadro C en la Red).

En países donde se realizaron dos encuestas a mujeres no casadas desde 1990, el uso del condón aumentó en un promedio de siete puntos porcentuales. Los incrementos fueron considerables en Paraguay, de 3% a 35% de mujeres no casadas entre encuestas realizadas en 1990 y 1998, y en Burkina Faso, de 12% a 36% entre 1993 y 1998–99.

Otros métodos modernos

En los países en desarrollo que se encuestaron, relativamente pocas mujeres, casadas o no casadas, utilizan otros métodos anticonceptivos modernos, incluyendo la esterilización masculina, los métodos vaginales (diafragma, capuchón cervical y espermicidas), los implantes o los condones femeninos. En promedio, el uso de métodos vaginales es menos del 1% del uso total de anticonceptivos entre las mujeres de todas las regiones. El uso de implantes es el más alto entre las mujeres casadas de Indonesia, 6%, y el segundo más alto en Haití, apenas 1%. En ninguno de los países encuestados el uso del condón femenino como anticonceptivo por parte de las mujeres casadas alcanza siquiera al 1%.

Esterilización masculina. Fuera de China e India, menos de 1% de las mujeres encuestadas en los países en desarrollo confían en la esterilización masculina como protección con-

⁵ Los niveles de uso del condón para la planificación familiar que se han informado a menudo difieren de los niveles informados para la protección contra las ITS. Esta diferencia se debe en parte al uso de condones fuera del matrimonio. En encuestas recientes, tanto los hombres como las mujeres tienen mayor probabilidad de informar el uso de condones para protección contra el VIH/SIDA y otras ITS (ver el próximo número de **Population Reports** sobre los hallazgos de las encuestas a los hombres).

Cuadro 4. Conocimiento de los anticonceptivos entre mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990-2001

Región, país y año	% que los conocen					% que los conocen				
	1990	1995	2000	2001	2002	1990	1995	2000	2001	2002
AFRICA SURSAMERIANA										
Burkina Faso 1998-99	92	91	62	56	21	78	37	65	79	13 ^a
Burkina Faso 1998-99	79	77	42	30	15	65	33	60	57	21
Cameroon 1990	77	77	62	57	11	60	30	69	50	20
Cabo Verde 1998	100	100	73	97	38	99	89	97	98	44
Chad 1998-99	46	43	34	26	5	24	6	25	26	2
Comoros 1996	98	98	77	89	26	94	63	90	94	16
Costa de Marfil 1998-99	89	87	62	44	15	74	30	83	69	18
Eritrea 1995	84	82	33	24	6	60	17	35	51	7
Etiopía 2000	86	85	24	24	5	82	10	29	70	4 ^b
Gambia 2000	95	95	86	54	18	86	38	92	57	17 ^b
Ghana 1998	94	93	73	60	29	83	16	81	83	46
Gambia 1999	70	69	26	33	4	63	15	34	55	6
Kenia 1998	98	98	77	68	53	97	80	93	95	37
Madagascar 1997	72	69	49	43	21	55	29	50	60	13
Malawi 2000	99	90	61	60	60	95	70	92	96	26 ^b
Malawi 2001	78	76	79	33	13	68	21	62	57	7 ^b
Mauricio 1997	100	100	ND	ND	ND	88	86	94	94	23
Mozambique 1997	62	60	73	28	4	57	43	40	53	3
Nigeria 1992	90	90	60	60	27	82	41	71	65	15
Niger 1990	80	75	23	42	11	60	33	40	63	18
Nigeria 1990	44	41	18	19	7	34	20	22	34	7
Nepal, Constitución 1994-95	79	69	57	49	26	45	13	59	36	11
Kenia 2000	97	97	88	61	38	83	38	80	88	9
Senegal 1997	86	83	64	68	7	74	54	67	68	21
Sudáfrica 1998	98	98	46	78	44	95	80	89	97	27
Tanzania 1999	95	95	62	69	30	93	60	87	80	23
Togo 1990	97	93	91	63	23	77	75	86	87	31
Uganda 2000-01	99	98	62	79	30	94	53	88	93	20 ^b
Zambia 1996	98	98	76	73	20	93	48	94	80	30
Zimbabue 1998	99	99	66	64	43	98	70	94	93	19 ^a
media (no ponderada)	85	84	53	57	24	76	45	71	71	18
AFRICA ORIENTAL Y NOROCCIDENTAL										
Egipto 2000	100	100	88	76	36	100	100	88	80	58
Jordania 1997	100	100	99	96	37	100	100	84	92	72
Marrocos 1992	99	99	72	86	7	99	87	72	62	37
Mauritania 2000-01	71	60	36	16	6	64	34	34	57	4
Tierra 1998	99	99	91	83	45	96	97	85	76	51
Yemen 1997	84	79	66	48	24	76	64	74	66	39
media (no ponderada)	91	91	76	70	20	97	92	80	89	47
ASIA										
Bangladesh 1999-2000	100	100	79	98	77	100	90	90	98	90
Camboya 2000	91	91	37	64	47	90	83	81	80	7
La suma de las filas no es igual a 100 porque las mujeres entrevistadas pueden usar más de un método anticonceptivo.										
ASIA SURORIENTAL Y NOROCCIDENTAL										
India 1998-99	98	98	94	92	56	21	78	37	65	79
India 1998-99	98	98	94	92	56	21	78	37	65	79
Indonesia 1997	97	97	32	61	36	94	85	66	94	12
Nepal 2001	100	100	94	99	98	93	66	91	97	40 ^b
Países Bajos 1990-91	78	77	26	40	20	62	36	62	62	13
Vietnam 1997	89	89	89	91	91	90	90	98	93	66
Vietnam 1997	99	98	51	92	78	92	84	85	90	12
media (no ponderada)	96	96	56	64	67	80	70	70	84	20
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE										
Brasil 1999	92	92	32	78	43	92	62	86	88	32
Brasil 1998	89	86	78	65	37	79	80	72	63	40
Brasil 1999	100	100	91	97	80	99	77	99	89	41
Colombia 2000	100	100	95	90	80	99	90	99	90	83 ^a
Costa Rica 1997	100	100	91	84	64	100	97	99	89	68
Paraguay 1999	96	96	71	89	39	90	84	81	78	46
El Salvador 1998	89	89	68	94	60	96	83	94	95	40
Guatemala 1998-99	85	85	50	76	58	79	54	60	73	33
Haití 2000	99	99	72	52	97	70	65	97	97	23 ^a
Honduras 2001	100	100	59	69	59	99	96	99	90	46
Jamaica 1997	100	100	88	97	65	100	86	99	99	65
Nicaragua 2001	99	99	67	91	69	98	90	96	97	34 ^a
Paraguay 1998	99	99	96	86	26	96	88	96	93	36
Perú 2000	99	98	87	93	80	95	94	92	86	72 ^a
Puerto Rico 1996	100	100	95	90	92	99	89	99	94	90
República Dominicana 1996	100	100	91	90	57	99	93	90	91	63
media (no ponderada)	97	97	76	88	69	96	82	97	89	53
TODOS LOS PAÍSES EN DESARROLLO										
media (no ponderada)	97	97	62	74	31	92	67	86	87	23
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL										
Alemania 2000	99	98	91	48	20	89	93	90	49	22 ^a
Azerbaiján 2001	68	67	65	38	8	58	83	58	10	11
Georgia 1999	98	97	65	51	14	73	96	91	5	14
Kazajistán 1999	100	100	89	58	31	89	89	95	60	57
Kirguistán 1997	100	100	83	69	ND	73	100	86	67	30
Letonia 1997	100	100	96	77	27	67	100	97	26	22
República Checa 2003	100	100	97	82	67	99	97	99	ND	89
Lituania 1999	100	99	88	79	40	92	95	98	MD	51
Luxemburgo 2000	99	99	60	42	11	79	99	60	75	18 ^a
Lituania 1999	100	100	96	71	48	97	99	99	53	69
Uzbekistán 1996	96	96	39	27	ND	66	96	96	64	18
media (no ponderada)	100	100	89	58	27	79	97	97	51	22
media (no ponderada)	98	98	82	57	30	80	86	85	45	36

1. Se utilizaron encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 2. En el caso de los países en desarrollo, se utilizaron los datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 3. En el caso de los países en desarrollo, se utilizaron los datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 4. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 5. No se especifica. 6. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 7. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 8. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 9. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 10. No se especifica. 11. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 12. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 13. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 14. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 15. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 16. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 17. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 18. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 19. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 20. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 21. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 22. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 23. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 24. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 25. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 26. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 27. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 28. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 29. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 30. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 31. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 32. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 33. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 34. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 35. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 36. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 37. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 38. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 39. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 40. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 41. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 42. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 43. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 44. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 45. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 46. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 47. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 48. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 49. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 50. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 51. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 52. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 53. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 54. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 55. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 56. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 57. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 58. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 59. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 60. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 61. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 62. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 63. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 64. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 65. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 66. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 67. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 68. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 69. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 70. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 71. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 72. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 73. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 74. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 75. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 76. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 77. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 78. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 79. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 80. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 81. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 82. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 83. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 84. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 85. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 86. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 87. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 88. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 89. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 90. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 91. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 92. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 93. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 94. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 95. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 96. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 97. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 98. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 99. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario. 100. Datos de las encuestas representativas de la población en caso de ser necesario.

tra el embarazo. En India, la cifra es 2% y en China, 8%. La esterilización masculina es prácticamente inexistente en los países encuestados de África Subsahariana y en el Cercano Oriente y Norte de África. Entre todos los países encuestados en las EDS y las ESR, Nepal tiene el uso más alto, 6%, de esterilización masculina (ver el cuadro 3, pág. 10).

Métodos tradicionales de planificación familiar

El uso de dos métodos anticonceptivos tradicionales, la abstinencia periódica y el retiro, varía ampliamente entre los países encuestados. Si bien los niveles de uso son en general mucho más bajos que en el caso de los métodos modernos, en algunos países un gran número de mujeres usan los métodos tradicionales.

Abstinencia periódica. De todos los países encuestados, la abstinencia periódica es el método más difundido en Bolivia, donde lo usan 20% de las mujeres casadas (ver el cuadro 3, pág. 10). A pesar de que su uso es bajo en los países en desarrollo en forma global, la abstinencia periódica se usa más ampliamente entre las mujeres casadas en 12 de 30 países en África Subsahariana —promediando, no obstante, sólo 4%. Además, en la región subsahariana, cerca de 10% de mujeres en edad reproductiva no casadas pero sexualmente activas informan usar el método de la abstinencia periódica.

Retiro. En África Subsahariana, el uso promedio del retiro entre las mujeres casadas es de sólo 2% pero llega hasta 16% en Mauricio. En el Cercano Oriente y Norte de África el uso de este método es, en promedio, 7% pero alcanza 24% en Turquía. En Asia, el uso del retiro es en promedio 4% pero llega a 12% en Vietnam. En la región de América Latina y el Caribe, el uso promedio del método del retiro es 3%, con pequeñas variaciones de un país a otro (ver el cuadro 3, pág. 10).

En Europa Oriental y Asia Central, el retiro es el método, tradicional o moderno, de uso más amplio en 6 de 11 países en que se realizaron encuestas. Los niveles de uso llegan hasta 41% en Azerbaiyán. Muchas mujeres no casadas de estos países declaran también tener confianza en el retiro para prevenir el embarazo (ver el cuadro C en la Red).

Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)

Muchas mujeres informan que utilizan el MELA como método anticonceptivo. A pesar de que las mujeres creen que están empleando la lactancia como un medio anticonceptivo, los estudios muestran que, en realidad, el uso correcto del MELA es limitado. Para que una madre pueda usar el MELA, debe cumplir tres criterios: estar amamantando a su bebé en forma exclusiva o casi exclusiva, no tener su período menstrual y que hayan transcurrido menos de seis meses después del parto (41, 63). Si una mujer sexualmente activa no satisface estos criterios, no está practicando el MELA correctamente y, por ende, corre riesgo de tener un embarazo no planeado, a no ser que también utilice otro método anticonceptivo de refuerzo. La mayor parte de las mujeres encuestadas que estaban amamantando —desde 50% en Perú hasta 94% en Malí— declararon tener confianza en la lactancia para evitar el embarazo. No obstante, en 12 países estudiados, pocas de las mujeres que amamantaban cumplían con los criterios del MELA, desde 3% en Haití hasta 20% en Malí (50).

Conocimiento y disponibilidad de la anticoncepción

Para poder practicar la anticoncepción, las personas deben tener conocimiento de ella, considerar beneficioso su uso y poder conseguir los métodos que desean usar. Según los hallazgos de las encuestas, la conciencia de la anticoncepción es casi universal entre las mujeres casadas de los países en desarrollo y el grueso de la población aprueba el uso de la planificación familiar.

En la mayoría de los países, los medios de comunicación masiva, especialmente la radio y la televisión, son una fuente de información clave sobre la planificación familiar. Gran parte de las mujeres que tienen conocimientos sobre ella, también saben dónde conseguir métodos anticonceptivos. Las fuentes que los abastecen, ya sean públicas, privadas u otras, varían grandemente entre los países.

Conocimiento y aprobación

En 37 de 60 países en los que se realizaron encuestas, al menos 95% de las mujeres casadas conocen al menos uno de los métodos anticonceptivos (moderno o tradicional).⁶ En 36 países, al menos 95% conocen siquiera uno de los métodos modernos (ver el cuadro 4).

Inclusive en las zonas rurales, 70% o más de las mujeres casadas tienen conocimiento de al menos un método anticonceptivo moderno, excepto en varios países de África. Las diferencias entre zonas rurales y urbanas respecto al conocimiento de los anticonceptivos tienden a ser más pequeñas que las diferencias entre zonas rurales y urbanas en cuanto al

⁶ En las EDS, se pide a los encuestados que nombren todos los métodos anticonceptivos sobre los que estén enterados. Luego se les pregunta si reconocen alguno de los métodos que no mencionaron espontáneamente. Los datos en este informe incluyen tanto las respuestas espontáneas como las por sondeo.



Estos dos jóvenes de Zambia leen para un programa radial enfocado en educar a otros jóvenes como ellos. La radio, la televisión y otros medios de comunicación masiva tienen gran influencia en las actitudes y comportamiento de la audiencia, y en las normas sociales concernientes a la planificación familiar.

Cuadro 5. Exposición a los medios de comunicación masiva

Exposición a mensajes sobre planificación familiar (PF) y aceptabilidad de los mismos, todas las mujeres 15-49 años de edad, 1990-2001

Región, país y año	% de mujeres que									
	Escucharon mensajes sobre PF					Escucharon mensajes sobre PF				
	Escuchan la radio al menos una vez por semana	Escuchan la radio al menos una vez por semana	Solo por radio	Por TV, con o sin TV	Por radio y por TV	Escuchan la radio al menos una vez por semana	Escuchan la radio al menos una vez por semana	Solo por radio	Por radio, con o sin TV	Por radio y por TV
ÁFRICA SUBSAHARIANA										
Benín 2001	63	ND	22	38	52	2	16	14	74	74
Burkina Faso 1998-99	ND	18	13	25	31	3	9	7	76	76
Camerún 1998	ND	24	33	8	19	3	17	12	69	69
Chad 1996-97	ND	23	5	25	26	0	4	3	41	41
Comoras 1996	54	ND	25	19	25	7	7	5	81	81
Costa de Marfil 1998-99	ND	30	59	13	32	8	27	19	88	88
Eritrea 1995	53	ND	18	26	36	0	11	10	37	37
Etiopía 2000	11	ND	4	13	16	4	4	4	ND	ND
Gabón 2000	ND	50	64	8	47	6	44	38	91	91
Ghana 1998	ND	59	49	19	51	3	34	32	82	82
Guinea 1999	ND	36	23	26	45	3	21	18	73	73
Kenia 1998	ND	53	25	36	52	2	18	16	91	91
Madagascar 1997	ND	40	14	17	23	7	6	6	67	67
Malawi 2000	52	ND	4	63	89	0	6	3	ND	ND
Malí 2001	62	ND	31	24	51	3	30	27	ND	ND
Mozambique 1997	ND	27	10	13	16	3	4	4	32	32
Namibia 1992	91	ND	25	ND	ND	ND	ND	ND	72	72
Níger 1998	ND	52	25	20	30	3	3	3	75	75
Nigeria 1990	54	ND	26	23	ND	ND	ND	ND	36	36
Rep. Centroafricana 1994-95	65	ND	14	35	42	0	7	7	82	82
Ruanda 2000	39	ND	5	31	35	0	4	4	ND	ND
Senegal 1997	72	ND	ND	24	3	16	13	13	71	71
Sudán 1998	28	ND	64	24	66	7	49	42	94	94
Tanzania 1999	ND	28	ND	4	37	42	3	3	ND	ND
Togo 1998	ND	11	57	13	21	3	11	8	64	64
Uganda 2000-01	53	ND	10	53	62	0	9	9	ND	ND
Zambia 1996	ND	36	29	24	39	2	16	15	67	67
Zimbabwe 1999	ND	43	32	22	47	3	28	23	ND	ND
media (no ponderada)	54	33	25	23	38	2	11	10	75	75
media (no ponderada)	53	36	26	23	38	2	16	14	74	74
CERCANO ORIENTE Y NOROCCIDENTE DE AFRICA										
Egipto 2000	72	ND	93	1	65	31	96	84	ND	ND
Jordania 1997 ¹	44	ND	89	2	56	33	90	53	96	96
Marruecos 1992	76	ND	63	7	4	6	12	7	92	92
Mauritania 2000-01	ND	21	27	10	31	2	23	21	62	62
Paraguay 1998	ND	ND	1	11	36	48	10	10	89	89
Yemen 1997 ²	31	ND	34	11	25	6	23	14	61	61
media (no ponderada)	58	21	65	4	28	19	35	17	89	89
media (no ponderada)	56	21	61	5	33	20	48	28	80	80
ASIA										
Bangladesh 1999-2000 ³	ND	29	35	10	23	4	29	15	ND	ND
Cambodia 2000	46	ND	56	10	74	5	68	64	ND	ND
Filipinas 1998 ⁴	ND	90	90	67	4	71	36	93	93	93
India 1998-99	37	ND	46	10	38	6	44	28	ND	ND
Indonesia 1997 ⁵	ND	50	73	4	23	20	38	15	60, 70 ⁶	60, 70 ⁶
Nepal 2001	ND	39	23	37	53	4	22	18	ND	ND
Pakistán 1990-91 ⁷	27	ND	30	5	16	5	16	11	ND	ND
Vietnam 1997 ⁸	94	ND	77	8	77	9	79	70	92	92
media (no ponderada)	41	45	51	10	47	11	41	23	90	90
media (no ponderada)	43	50	53	12	47	11	46	35	85	85
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE										
Bolivia 1998	ND	76	73	13	46	11	45	34	87	87
Brasil 1996	ND	71	89	4	30	23	46	25	ND	ND
Colombia 1995 ⁹	ND	91	ND	8	47	28	62	33	98	98
Guatemala 1998-99	ND	89	61	16	46	9	38	31	78	78
Haití 2000	52	ND	31	2	27	1	27	26	ND	ND
Honduras 1996	ND	ND	ND	14	23	6	15	5	ND	ND
Nicaragua 2001	ND	76	83	13	64	9	58	48	98	98
Perú 2000	ND	65	63	15	37	3	35	42	ND	ND
Rep. Dominicana 1996	ND	67	84	8	39	20	52	32	97	97
media (no ponderada)	62	71	68	14	46	11	48	32	96	96
media (no ponderada)	62	72	67	13	44	13	45	31	91	91
TODOS LOS PAÍSES EN DESARROLLO										
media (no ponderada)	53	47	31	14	39	5	22	16	81	81
media (no ponderada)	52	47	40	18	40	8	30	22	78	78
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL										
Armenia 2000	32	ND	93	4	46	87	41	ND	ND	ND
Georgia 1999 ¹⁰	24	ND	43	3	6	7	10	3	75	75
Kazajistán 1999	33	28	90	16	37	83	16	ND	ND	ND
Kirguistán 1997	ND	52	30	3	23	31	51	20	91	91
Letonia 1997 ¹¹	56	ND	91	20	34	41	58	14	93	93
Rumania 1999 ¹²	ND	ND	ND	35	63	48	79	30	ND	ND
Turkmenistán 2000	ND	33	34	13	25	38	14	ND	ND	ND
Ucrania 1999 ¹³	58	50	92	ND	ND	37	ND	ND	65	65
Uzbekistán 1996	ND	56	94	2	16	42	36	14	78	78
media (no ponderada)	35	50	91	3	21	37	54	15	85	85
media (no ponderada)	43	44	85	8	28	35	54	19	84	84

¹ Mujeres de 15 a 49 años de edad. ² Por radio. ³ Por televisión. ⁴ Por radio y televisión. ⁵ Por televisión. ⁶ Por radio y televisión. ⁷ Por radio. ⁸ Por radio y televisión. ⁹ Por radio y televisión. ¹⁰ Por radio y televisión. ¹¹ Por radio y televisión. ¹² Por radio y televisión. ¹³ Por radio y televisión.

ND = No disponible. ¹⁴ Datos no disponibles para el año 2000.

Population Reports

uso de anticonceptivos. En 13 de los 60 países encuestados, las mujeres de las zonas rurales tienen igual probabilidad que las mujeres de zonas urbanas de conocer al menos uno de los métodos modernos. En 17 países, sin embargo, el conocimiento de un método moderno varía de 15 a 42 puntos porcentuales, siendo más alto entre las mujeres urbanas que entre las rurales. De estos 17 países, 12 se encuentran en África Subsahariana, y los restantes son Bolivia, Guatemala, Mauritania, Pakistán y Yemen (ver el cuadro G en la Red).

El conocimiento sobre métodos anticonceptivos específicos varía significativamente entre los países encuestados (ver el cuadro 4, pag. 16). Por ejemplo, el conocimiento de los anticonceptivos orales (AO) es generalizado, pero en algunos países, menos de la mitad de mujeres casadas saben acerca de ellos. En forma similar, los condones masculinos están entre los métodos anticonceptivos mejor conocidos en el mundo, pero en ocho países encuestados, menos de la mitad de las mujeres están enteradas acerca de ellos.

Si bien es necesario saber acerca de por lo menos un método anticonceptivo para utilizarlo, conocer una gama de métodos eficaces es esencial para hacer elecciones informadas sobre planificación familiar y aumenta la probabilidad de usar los anticonceptivos. La opción de cambiar de método es muy importante para el uso continuo de la planificación familiar. Conocer sobre una gama de métodos ayuda a los usuarios a cambiar de método al variar sus necesidades en lugar de utilizar uno que haya dejado de ser apropiado o satisfactorio, o dejar de practicar la anticoncepción (128).

El número promedio de métodos anticonceptivos que conocen las mujeres difiere sustancialmente entre los países. En un extremo, entre los países con EDS, las mujeres en Chad saben acerca de un promedio de sólo 1,4 métodos. En el otro extremo, en Bangladesh, Colombia, República Dominicana, Jordania y Perú, las mujeres tienen conocimiento de un promedio de nueve métodos.

Aprobación de la planificación familiar. En 27 de 50 países con datos de encuestas, más de la mitad de las mujeres casadas señalan que aprueban la planificación familiar y creen que sus esposos también la aprueban (ver el cuadro H en la Red). Entre 24 países en desarrollo fuera de África Subsahariana, solamente en Mauritania, Pakistán y Yemen la aceptación conjunta cae por debajo de 50%.

Muchas mujeres aprueban la planificación familiar, aunque crean que sus esposos pueden no aprobarla. En África Subsahariana, la aprobación entre las mujeres, independientemente de la aprobación del esposo, alcanza un promedio de 74%. En otros lugares, la aprobación por parte de las mujeres fluctúa entre 76% en el Cercano Oriente y Norte de África y 88% en América Latina y el Caribe.

Medios de comunicación masiva

Los programas de planificación familiar a menudo dependen de las campañas de comunicación masiva para informar a las personas sobre la anticoncepción e influir en las normas sociales concernientes a la planificación familiar. La radio, la televisión y otros medios tienen una influencia muy poderosa en la actitud y el comportamiento del público sobre la fertilidad y la planificación familiar (13, 83).

En todos los países de África Subsahariana donde se realizaron encuestas, los mensajes sobre planificación familiar llegan a muchas más mujeres por la radio que por la televisión (ver el cuadro 5). En otros lugares, sin embargo, en 20 de 32 países, particularmente en Europa Oriental y Asia Central, más

mujeres reciben información sobre planificación familiar a través de la televisión. El alcance de los mensajes sobre planificación familiar transmitidos por los medios de comunicación masiva, incluyendo tanto radio como televisión, se ha expandido a partir de 1990 (ver el cuadro 5 en la Red).

Aprobación de los mensajes sobre planificación familiar. A través de todo el mundo en desarrollo, la mayoría de las mujeres encuentra aceptables los mensajes de planificación familiar en los medios de comunicación masiva, y los niveles de aprobación están creciendo. En todos los países encuestados, excepto Chad y Pakistán, más de la mitad de las mujeres indican que los mensajes de planificación familiar a través de los medios son aceptables —desde un promedio de 74% en África Subsahariana a 91% en América Latina y el Caribe (ver el cuadro 5). El nivel de aceptabilidad subió en 8 de 10 países con al menos dos encuestas desde 1990 (ver el cuadro 5 en la Red).

Disponibilidad de planificación familiar

Recientemente, el programa de EDS ha iniciado encuestas de Evaluación sobre Prestación de Servicios (EPS). Las mismas reúnen información sobre la disponibilidad y calidad de atención en planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud del niño y salud materna. Las encuestas EPS difieren de sus predecesoras, llamadas encuestas sobre Disponibilidad de Servicios, en que recolectan datos usando una muestra nacionalmente representativa de todo tipo de establecimientos —desde dispensarios hasta hospitales— del sector público y privado en lugar de hacerlo a través de funcionarios de salud y líderes de la comunidad.

Las primeras dos de estas nuevas evaluaciones, en Kenia en 1999 y en Bangladesh en 1999–2000, revelaron que 88% y 85%, respectivamente, del total de establecimientos de salud en los dos países proporcionaban servicios de planificación familiar. En ambos países, 89% de los establecimientos de salud proporcionaban inyectables. En Kenia, 88% suministraba condones, y en Bangladesh, 96%. En Kenia, 51% proporcionaba DIU, y en Bangladesh, 87%. En Kenia, sólo 11% de los establecimientos de salud ofrecían servicios de esterilización femenina, en contraste con 37% en Bangladesh (74, 99). Los informes sobre la prestación de servicios están a punto de concluirse en Egipto, Ghana, México y Ruanda y se planea hacerlos en otros lugares.

Conocimiento de las fuentes de abastecimiento. Las entrevistas domiciliarias de las EDS miden las *percepciones* individuales sobre la disponibilidad de la planificación familiar. En los países que cuentan con esa información, la mayoría de las mujeres indican que saben de qué fuente obtener un método anticonceptivo (36). Por ejemplo, en 9 de 11 países en desarrollo fuera de África Subsahariana con datos pertinentes de encuestas, 90% o más de las mujeres casadas saben dónde abastecerse de al menos uno de los métodos modernos. Las excepciones son Pakistán y Yemen, donde las cifras respectivas son 45% y 27% (36).

En África Subsahariana, el conocimiento de las fuentes de abastecimiento varía ampliamente entre los países encuestados. En cuatro países, más de 80% de mujeres casadas saben dónde conseguir anticonceptivos modernos. En otros seis países, sin embargo, menos de la mitad están enteradas de alguna fuente.

Si bien la mayoría de mujeres que saben sobre la anticoncepción también saben dónde conseguirla, en algunos países existe una enorme brecha entre tener conocimiento de un método y saber de qué fuente obtenerlo. En Burkina Faso, por

ejemplo, 63% de las mujeres casadas conocen un método anticonceptivo moderno, pero sólo 28% saben dónde obtenerlo. Brechas importantes existen también en Níger, Pakistán, Senegal y Yemen (36).

Fuentes públicas, privadas y otras. El sector público es el principal proveedor de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo tomados en forma global (36). No obstante, en el Cercano Oriente y Norte de África y en América Latina y el Caribe, los proveedores privados abastecen más de la mitad de los AO e inyecciones. En África Subsahariana y en Asia, más de la mitad de los condones son suministrados por fuentes privadas.

Las fuentes de abastecimiento varían según el tipo de anticonceptivo. En muchos países, más de la mitad de los usuarios de métodos clínicos, como el DIU y los inyectables, los obtienen de un establecimiento fijo del gobierno. En contraste, fuera de África Subsahariana, las farmacias privadas son la principal fuente abastecedora de métodos como los condones y los AO (36).

Otras influencias directas en la fertilidad

Junto con el uso de anticonceptivos, varios otros factores influyen directamente en los niveles de fertilidad (17). Estos “determinantes próximos” de la fertilidad incluyen la edad de la mujer al casarse o entrar en una unión conyugal (legal, consensual u otra) por primera vez, la duración del período de no susceptibilidad de embarazarse durante el posparto y el aborto inducido.

Estos factores son particularmente importantes para explicar los niveles de fertilidad y los descensos de fertilidad en lugares donde el acceso a la información y servicios de planificación familiar es deficiente y, por ello, el uso de anticonceptivos no ha jugado un papel preponderante (15). Algunos investigadores sostienen que, a medida que el uso de anticonceptivos alcance tal grado de difusión que sea improbable que hayan futuros aumentos substanciales, los otros determinantes próximos desempeñarán papeles relativamente más importantes en los cambios de la fertilidad en años venideros (48).

Además de estos factores directos hay, por supuesto, muchos otros factores que influyen en la fertilidad, tanto sociales, económicos y culturales como la labor de los programas de planificación familiar. La influencia que éstos ejercen, sin embargo, es indirecta ya que inciden en la fertilidad al afectar uno o más de los determinantes próximos. A manera de ejemplo, la elevación del estatus y logros educativos de la mujer son factores indirectos. A menudo aumentan la edad de la mujer al casarse por primera vez y el uso de la anticoncepción, dos de los factores que tienen efecto directo en la fertilidad.

Edad al casarse por primera vez

La edad a la cual la mujer experimenta las relaciones sexuales y, por ende, corre riesgo de quedar embarazada y tener hijos tiene un efecto importante en la fertilidad: cuanta más es su edad, menos es su potencial de fertilidad de vida. A pesar de que a veces se puede tener hijos antes del matrimonio, la edad de la mujer al casarse (o, en algunos países, la edad a la que inicia una unión consensual) con frecuencia representa el comienzo de la actividad sexual regular.

Entre los países encuestados, en el Cercano Oriente y Norte de África, la edad promedio del primer matrimonio ha aumentado de menos de 18 años para las mujeres de más edad (entre 45 y 49 años en el momento de la encuesta) a 20,6 años para las mujeres entre los 25 y 29 años (ver el cuadro 1 en la Red). Presiones menos drásticas hacia la baja de la fertilidad son aparentes en África Subsahariana y en Asia, pero no en América Latina y el Caribe donde la edad mediana del primer matrimonio parece haberse mantenido estable a casi exactamente los 20 años durante dos décadas o más.

El aumento de la edad al casarse por primera vez ayuda a bajar la tasa de natalidad, especialmente donde hay poco control de la fertilidad dentro del matrimonio. A pesar de que la relación exacta entre la edad al casarse y la fertilidad es difícil de cuantificar, las encuestas revelan que hay una fuerte relación inversa entre la edad promedio del primer matrimonio y la TFT de un país.

No todas las mujeres casadas corren riesgo de quedar embarazadas, aunque hay algunas mujeres no casadas que lo enfrentan porque son sexualmente activas (ver la pág. 27). En un estudio de mujeres nigerianas en 1990, por ejemplo, 36% de mujeres casadas informaron que no eran sexualmente activas, más de 80% debido a la abstinencia sexual posparto. Al mismo tiempo, 38% de mujeres no casadas indicaron que sí tenían actividad sexual (26).

No susceptibilidad durante el posparto

La no susceptibilidad de embarazarse durante el posparto incluye la amenorrea posparto que ocurre entre el nacimiento de un hijo y la reanudación de la ovulación, y la abstinencia del coito en el posparto. La duración de la amenorrea posparto depende sobre todo de la intensidad y duración de la lactancia (61, 105).

El período de no susceptibilidad al embarazo después del parto es mucho más prolongado en África Subsahariana; la duración media es un poco más de 15 meses. Este tiempo prolongado refleja principalmente la amenorrea posparto en todos excepto 5 de 28 países que registran datos. La duración de la no susceptibilidad en el posparto es mucho más corta en otras regiones (ver el cuadro J en la Red). En todos los países que se encuestaron fuera de África Subsahariana, el período de amenorrea posparto es más largo que el de abstinencia posparto.

Mundialmente, en 30 países con datos provenientes de dos entrevistas desde 1990, los descensos en la duración de la no susceptibilidad al embarazo en el posparto han sido en general pequeños (en promedio sólo la mitad de un mes). Estos cambios han tenido poca influencia sobre los niveles de la fertilidad.

Aborto inducido

En países donde las mujeres están intentando limitar su fertilidad pero no hay servicios adecuados de planificación familiar, muchas embarazadas recurren al aborto para evitar los nacimientos no planeados (24, 58). En países donde el aborto es legal y hay buena información de datos, como en Europa Oriental y Asia Central, las encuestas revelan que el porcentaje de mujeres que informan haber tenido al menos un aborto varía ampliamente.

Las tasas de aborto son altas en algunos países. Por ejemplo, 47% de mujeres en Armenia, 43% en Georgia y Ucrania, y 40% en Kazajistán, han tenido por lo menos un aborto (ver el cuadro K en la Red). Por otro lado, en Haití sólo 7% de las

mujeres encuestadas indican haber tenido al menos un aborto. No obstante, en la mayor parte de los países no existen cálculos confiables del nivel de abortos.

Generalmente, los porcentajes de mujeres que informan haber tenido por lo menos un aborto son más altos para las zonas urbanas y las mujeres con más educación. Además, como puede esperarse, el porcentaje de mujeres que han tenido un aborto se eleva con la edad de la mujer. Sin embargo, analizando los datos de las EDS en Kazajstán, Kirguistán y Uzbekistán, se encontró evidencia de descensos del aborto. Esto significa que había mayor probabilidad de que las mujeres jóvenes, más que las generaciones anteriores, hubieran usado la anticoncepción después de tener su primer hijo, reduciendo así los niveles de aborto en las de menor edad (137).

El incremento en el uso de anticonceptivos eventualmente reduce la tasa de abortos en países donde éste se ha practicado ampliamente (54, 67). En Asia Central y en algunos países de Europa Oriental, por ejemplo, a medida que la anticoncepción se hace más ampliamente disponible, parece estar reemplazando al aborto como medio de control de la natalidad (101). El análisis de datos reunidos en tres repúblicas de Asia Central calculó que las tasas de aborto bajarían entre 13% y 20% por cada aumento de 10% en la prevalencia de anticonceptivos (132, 137).

En Rumania, entre 1993 y 1999, el porcentaje de mujeres casadas que usaba métodos anticonceptivos modernos aumentó de 14% a 30% (ver el cuadro 3 en la Red). Al mismo tiempo, la tasa total de aborto inducido (es decir, el número de abortos que tendría una mujer en el curso de sus años reproductivos según las tasas de aborto específicas para la edad) cayó de 3,4 a 2,2 abortos por cada mujer (102, 103) (ver el cuadro K en la Red).

Las reducciones de las tasas de aborto pueden darse sin que haya aumentos en el uso general de anticonceptivos si las parejas cambian a métodos de planificación familiar más eficaces. En Turquía, las tasas de aborto descendieron porque muchas mujeres abandonaron los métodos anticonceptivos tradicionales (con sus altas tasas de falla) por otros más modernos. Como resultado, hubo menos falla de los anticonceptivos y, por lo tanto, menor necesidad de recurrir al aborto inducido (54, 101).

Infertilidad

Las encuestas sugieren que los problemas de la infertilidad son particularmente serios en África Subsahariana. Con todo, la infertilidad es difícil definir (16), y es aún más difícil de medir. El nivel de "infertilidad primaria" puede definirse como el porcentaje de mujeres que nunca han dado a luz y que son incapaces de producir un nacido vivo. El nivel mínimo de infertilidad primaria se calcula en alrededor de 3% (22). El nivel de "infertilidad secundaria" representa el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que han dado a luz pero que han perdido la capacidad de hacerlo (16).

Los niveles de infertilidad primaria se miden por el porcentaje de mujeres sin hijos después de cierta cantidad de años de matrimonio (generalmente siete) o, en el caso de las mujeres que han llegado al final de sus años reproductivos, por el porcentaje que no ha tenido hijos. Los niveles de infertilidad primaria más altos son los de África Central y Occidental—incluyendo Camerún, la República Centroafricana, Chad, Níger y Nigeria (65).



Una joven nepalesa en espera de su ceremonia matrimonial. La edad de la mujer al casarse es uno de los muchos factores importantes que, junto con el uso de la anticoncepción, tienen efecto directo en los niveles de fertilidad.

Los niveles de infertilidad secundaria se miden por el porcentaje de mujeres que han dado a luz pero no han tenido hijos por una cierta cantidad de años (generalmente siete) (65). La variación de los niveles de infertilidad secundaria entre los países es mayor que la de los niveles de infertilidad primaria, y además, los de infertilidad secundaria son considerablemente más altos. Por ejemplo, los niveles de infertilidad secundaria de las mujeres entre 20 y 44 años son superiores a 20% en Camerún, la República Centroafricana, Lesotho, Mauritania y Mozambique (65). Los niveles más bajos entre los países subsaharianos encuestados son los de Burundi, Ruanda y Togo, cerca de 5%.

La infertilidad generalizada puede tener un efecto importante en las tasas de fertilidad de un país. Por ejemplo, si los niveles bajos de infertilidad de Burundi se hallaran en los países que actualmente muestran niveles mucho más altos, las tasas de fertilidad en esos países podrían alcanzar hasta un hijo por mujer o inclusive ser más altas (65).

Comparación de las influencias directas

Entre todos los factores que influyen directamente sobre la fertilidad, el uso de anticonceptivos es el que reviste mayor importancia para los diseñadores de políticas y gerentes de programas de salud reproductiva. Con todo, otros determinantes próximos tienen gran influencia en la fertilidad y podrían afectar sus niveles futuros. Por ejemplo, en muchos países, el aumento de la edad al primer matrimonio ha contribuido a los recientes descensos en la fertilidad, especialmente en Asia y en el Cercano Oriente y Norte de África (124).

En cuatro países de África Subsahariana, un estudio de la importancia relativa de los diferentes determinantes próximos en la fertilidad encontró que los descensos en la fertilidad eran mayores que los esperados en base sólo a los incrementos de las tasas de uso de anticonceptivos. Mientras que los incrementos en la prevalencia de anticonceptivos explicaban las proporciones más grandes de los descensos, había también otros factores que contribuían en forma directa (15).

Estos factores incluían el uso de anticonceptivos más eficaces, el retraso del primer matrimonio y de las relaciones sexuales, y menos frecuencia del coito entre mujeres que no deseaban tener más hijos o deseaban espaciar su próximo hijo. La mezcla de estos factores difería en los distintos países, pero todos ellos desempeñaban un cierto papel en la reducción de los niveles de fertilidad (15, 58).

Acceso en línea a datos adicionales de encuestas

Los lectores interesados en obtener la información completa que se usó en este número de **Population Reports** tienen acceso disponible a los cuadros de datos adicionales que pueden descargarse (bajarse) o imprimirse directamente de la Red (World Wide Web) dirigiéndose a: <http://www.populationreports.org/prs/sm17/sm17tables.shtml>.

También hay disponible, previa solicitud, un “paquete de encuestas” que contiene un CD-ROM con archivos en Excel de todos los cuadros que se utilizaron en la preparación de este informe (incluyendo los detallados abajo), archivos PDF escaneados de los cinco números de **Population Reports** con datos de encuestas (ver el recuadro de la pág. 14), y resúmenes de POPLINE de los artículos bibliográficos que fueron de mayor utilidad para preparar estos números.

Si desea hacer pedidos de este paquete en CD-ROM diríjase a:

Orders Department (Surveys CD-ROM)

Information and Knowledge for Optimal Health Project
111 Market Place, Suite 310, Baltimore MD 21202, USA
Teléfono: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266

O haga su pedido por correo electrónico a: Orders@jhucpc.org
(Por favor incluya su nombre completo, dirección y correo electrónico.)

Todas las bases de datos publicadas en este informe (cuadros 1 al 14) también aparecen como cuadros en la Red accesibles por Internet, e incluyen datos adicionales de EDS y ESR anteriores para los países donde se realizó más de una encuesta desde 1990. Por lo tanto, por ejemplo, el “Cuadro 5 en la Red” es comparable con el “Cuadro 5” en este informe pero contiene datos de encuestas anteriores aparte de los más actuales. Además, los 11 cuadros de datos complementarios a continuación no están en el boletín impreso pero aparecen en Internet como sigue:

Cuadros de datos adicionales

Cuadro A en la Red. Tasa de fertilidad total y tasas de fertilidad por edad específica, todas las mujeres de 15 a 49 años, 1990–2001

Cuadro B en la Red. Tasas de fertilidad total, todas las mujeres de 15 a 49 años de edad, por educación o lugar de residencia, 1990–2001

Cuadro C en la Red. Uso de anticonceptivos, mujeres no casadas sexualmente activas de 15 a 49 años de edad, 1990–2001

Cuadro D en la Red. Uso de anticonceptivos por las características de la mujer, mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990–2001

Cuadro E en la Red. Intenciones de utilizar anticonceptivos, mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990–2001

Cuadro F en la Red. Razones para no usar anticonceptivos, mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990–2001

Cuadro G en la Red. Conocimiento de los anticonceptivos modernos, mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, por las características de la mujer, 1990–2001

Cuadro H en la Red. Actitudes de las parejas hacia la planificación familiar, 1990–2001

Cuadro I en la Red. Edad al primer matrimonio, mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990–2001

Cuadro J en la Red. La lactancia y la no susceptibilidad en el parto, mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990–2001

Cuadro K en la Red. Tasas de aborto, mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990–2001

Preferencias en cuanto a la fertilidad

En los países en desarrollo, la tendencia de las mujeres casadas en edad reproductiva que desean dejar de tener hijos crece cada vez más. Asimismo, más mujeres tienen ahora el número de hijos que desean en el momento que los desean y evitan los embarazos no planeados. Sin embargo, muchas mujeres tienen más hijos de los que desean y muchas que no desean embarazarse son sexualmente activas pero sin utilizar ningún método anticonceptivo, a pesar del riesgo de embarazarse.

Intenciones respecto a la reproducción

Los programas de EDS y ESR preguntan a las mujeres no esterilizadas si desean tener más hijos y, si es así, si desean tener otro hijo pronto o posponer la maternidad por al menos dos años. Las respuestas a estas preguntas proporcionan la base para los datos sobre las intenciones respecto a la reproducción —si una mujer no desea tener más hijos (limitar los nacimientos), desea tener un hijo pero no por al menos dos años (espaciar los nacimientos) o desea tener un hijo en los dos años siguientes. Los datos sobre las intenciones respecto a la reproducción pueden ayudar a los programas a calcular la demanda futura de servicios de planificación familiar y sirven para hacer proyecciones del crecimiento de la población (135).

Globalmente, el porcentaje de mujeres casadas en los países en desarrollo que desean continuar teniendo hijos es casi igual que el porcentaje que no desea tener más. En 27 de 60 países en desarrollo encuestados, más de 50% de las mujeres casadas en edad reproductiva desean terminar la procreación. En África Subsahariana, sin embargo, solamente en Cabo Verde, Kenia, Mauricio y Sudáfrica hay una mayoría de mujeres que ya no desean más hijos. En la región, en promedio, una tercera parte de las mujeres casadas ya no desean ser madres (ver el cuadro 6).

Entre 30 países en desarrollo encuestados fuera de África Subsahariana, únicamente en Mauritania hay una mayoría de mujeres casadas que desean continuar teniendo hijos, ya sea pronto o después de un lapso de dos años. En América Latina y el Caribe, tres de cada cinco mujeres ya no desean la procreación; igual informaron casi la misma cantidad de mujeres en Asia. En el Cercano Oriente y Norte de África, casi la mitad de mujeres ya no quieren tener hijos. En Europa Oriental y Asia Central este nivel alcanza a 63%.

Tendencias. El porcentaje de mujeres casadas que desean terminar la maternidad se elevó por lo menos 10% en 13 de 37 países en desarrollo con múltiples encuestas desde 1990. La mitad de éstos son países subsaharianos. Casi en todos los demás países, las intenciones respecto a la reproducción prácticamente no cambiaron desde 1990. Unos cuantos países vieron aumentos drásticos en el porcentaje de mujeres que desean dejar de tener hijos, especialmente si se considera el breve tiempo transcurrido entre las encuestas desde 1990. En Malawi, en 1992, 25% de mujeres indicaron que no deseaban tener más hijos; en 2000, la cifra fue de 42% (ver el cuadro 6 en la Red).

Cuadro 6. Deseo de tener más hijos

Entre mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990–2001

Región, país y año	% de mujeres que					Región, país y año	% de mujeres que					
	Desean tener otro hijo en los próximos 2 años	Desean tener otro hijo de 10 a más de 2 años	Están indecisas respecto al sí o al cuándo	No desean tener más hijos	Están satisfechas		Desean tener otro hijo en los próximos 2 años	Desean tener otro hijo de 10 a más de 2 años	Están indecisas respecto al sí o al cuándo	No desean tener más hijos	Están satisfechas	Desean tener más hijos ^a
ÁFRICA SUBSAHARIANA												
Benín 2001	24	37	10	26	0	26						
Burkina Faso 1998–99	20	44	12	20	0	20						
Camerún 1998	34	31	10	18	2	20						
Cabo Verde 1998	8	9	9	61	13	74						
Chad 1996–97	33	39	12	10	0	10						
Comoras 1996	24	31	9	30	3	33						
Costa de Marfil 1998–99	29	39	7	21	0	21						
Eritrea 1995	21	51	6	18	0	18						
Etiopía 2000	22	36	6	32	0	32						
Gabón 2000	26	29	18	22	1	23						
Ghana 1998	18	35	8	34	1	35						
Guinea 1999	35	31	6	21	0	21						
Kenia 1998	14	25	5	47	6	53						
Madagascar 1997	21	32	6	37	1	38						
Malawi 2000	16	37	2	38	5	42						
Mali 2001	26	38	12	21	0	22						
Mauricio 1991 ^b	3	3	2	85	7	92						
Mozambique 1997	35	29	14	16	1	17						
Namibia 1992	26	30	7	26	8	34						
Níger 1998	33	46	8	10	0	10						
Nigeria 1990	31	33	16	15	0	15						
Rep. Centroafricana 1994–95	36	27	17	12	0	12						
Ruanda 2000	15	45	5	33	1	34						
Senegal 1997	24	39	10	23	1	23						
Sudáfrica 1998	16	12	7	44	18	62						
Tanzania 1999	28	36	4	27	2	29						
Togo 1998	19	35	14	28	0	29						
Uganda 2000–01	19	35	5	36	2	38						
Zambia 1996	25	39	4	26	2	29						
Zimbabwe 1999	19	32	7	38	3	41						
mediana	24	35	8	26	1	29						
media (no ponderada)	23	33	9	29	3	32						
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA												
Egipto 2000	13	14	6	64	1	65						
Jordania 1997	16	27	3	47	4	51						
Marruecos 1992	18	24	3	49	3	52						
Mauritania 2000–01	28	32	12	19	0	19						
Turquía 1998	11	14	5	62	4	66						
Yemen 1997	17	22	7	48	2	49						
mediana	17	23	5	48	2	52						
media (no ponderada)	17	22	6	48	2	51						
ASIA												
Bangladesh 1999–2000 ^c	12	24	3	52	7	59						
Camboya 2000	9	13	30	35	1	37						
ASIA (continuación)												
Filipinas 1998	12	19	5	51	10	62						
India 1998–99	15	13	3	28	36	64						
Indonesia 1997	16	25	9	46	3	50						
Nepal 2001	12	17	3	44	21	66						
Pakistán 1990–91	23	18	16	36	4	40						
Vietnam 1997	5	16	5	66	7	73						
mediana	12	17	5	45	7	60						
media (no ponderada)	13	18	9	45	11	56						
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE												
Belice 1999	NA	NA	NA	28	18	46						
Bolivia 1998	9	13	3	65	7	71						
Brasil 1996	7	12	3	32	43	74						
Colombia 2000	11	15	2	42	28	70						
Costa Rica 1993	8	29	3	39	21	60						
Ecuador 1999	11	17	3	46	23	69						
El Salvador 1998	8	24	3	33	32	65						
Guatemala 1998–99	11	22	6	41	18	58						
Haití 2000	13	21	6	54	3	57						
Honduras 2001	7	35	1	39	18	57						
Jamaica 1997	10	28	11	39	12	51						
Nicaragua 2001	10	22	1	39	26	65						
Paraguay 1998 ^b	12	37	4	40	8	48						
Perú 2000	9	19	2	55	13	67						
Puerto Rico 1996	10	18	2	20	50	70						
Rep. Dominicana 1996	14	18	2	22	41	63						
mediana	10	21	3	39	20	64						
media (no ponderada)	10	22	3	39	22	62						
TODOS LOS PAÍSES EN DESARROLLO												
mediana	16	28	6	36	3	47						
media (no ponderada)	18	27	7	36	9	45						
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL												
Armenia 2000	8	9	6	72	3	74						
Azerbaiyán 2001 ^b	14	9	2	68	1	69						
Georgia 1999 ^b	21	7	7	63	2	65						
Kazajstán 1999	12	13	12	55	3	58						
Kirguistán 1997	12	26	10	45	2	47						
Moldavia 1997 ^b	22	13	4	58	3	61						
Rep. Checa 1993 ^b	13	8	8	68	3	71						
Rumania 1999 ^b	18	9	4	66	3	69						
Turkmenistán 2000	13	17	10	53	2	55						
Ucrania 1999 ^b	6	8	11	74	1	75						
Uzbekistán 1996	13	24	10	51	1	52						
mediana	13	9	8	63	2	65						
media (no ponderada)	14	13	8	61	2	63						

La suma de las filas no es igual a 100 porque no se incluyeron algunas categorías (informada por sí misma como infecunda, no sabe), y también porque las cifras se han redondeado.

^aMujeres que no desean tener más hijos y las que han sido esterilizadas

^bDatos para mujeres de 15 a 44 años de edad

^cDatos para mujeres de 10 a 49 años de edad

Population Reports

Tamaño deseado de familia

En las EDS (pero no en las ESR), se les pregunta a las mujeres con hijos, "Si pudiera regresar a cuando no tenía hijos y elegir el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?" A las mujeres sin hijos⁷ se les pregunta, "Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su

vida, ¿cuántos serían?" Las respuestas a estas preguntas proporcionan datos sobre el tamaño de familia que desean. Los cambios en el tamaño deseado de familia pueden indicar cambios en las normas sociales relacionadas con la fertilidad.

⁷ A las mujeres casadas alguna vez se les hace esta pregunta en los países donde no se encuesta a las mujeres no casadas (en Asia y el Cercano Oriente y Norte de África). Los datos de esta sección, el cuadro 6 y el cuadro 6 en la Red, informan estos datos solamente para mujeres casadas para facilitar las comparaciones a través de todo el país.

Cuadro 7

Tamaño deseado de familia

Entre mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990-2001

Los datos sobre el tamaño deseado de familia y la fertilidad deseada no se encuentran disponibles para los países con ESR.

^a La diferencia entre la tasa de fertilidad total y la tasa de fertilidad deseada

^b Datos para mujeres de 10 a 49 años de edad

Population Reports

Región, país y año	Tamaño deseado de familia	Tasa de fertilidad deseada	Tasa de fertilidad total	Total de fertilidad no deseada ^a	Región, país y año	Tamaño deseado de familia	Tasa de fertilidad deseada	Tasa de fertilidad total	Total de fertilidad no deseada ^a
ÁFRICA SUBSAHARIANA					ASIA				
Benín 2001	5,2	4,6	5,6	1,0	Bangladesh				
Burkina Faso 1998-99 ..	5,9	5,7	6,4	0,7	1999-2000 ^b	2,5	2,2	3,3	1,1
Camerún 1998	6,5	4,3	4,8	0,5	Camboya 2000	3,9	3,0	3,8	0,8
Chad 1996-97	8,5	6,1	6,4	0,3	Filipinas 1998	3,5	2,7	3,7	1,0
Comoras 1996	5,7	3,7	4,6	0,9	India 1998-99	2,7	2,1	2,8	0,7
Costa de Marfil 1998-99	5,9	4,5	5,2	0,7	Indonesia 1997	2,9	2,4	2,8	0,4
Eritrea 1995	6,6	5,7	6,1	0,4	Nepal 2001	2,6	2,5	4,1	1,6
Etiopía 2000	5,8	4,7	5,5	0,8	Pakistán 1990-91	4,1	4,3	4,9	0,6
Gabón 2000	5,4	3,5	4,2	0,7	Vietnam 1997	2,5	1,9	2,3	0,4
Ghana 1998	4,6	3,6	4,4	0,8	mediana	2,8	2,4	3,5	1,1
Guinea 1999	5,9	5,0	5,5	0,5	media				
Kenia 1998	4,1	3,5	4,7	1,2	(no ponderada)	3,1	2,6	3,5	0,9
Madagascar 1997	5,7	5,2	6,0	0,8	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE				
Malawi 2000	5,3	5,2	6,3	1,1	Bolivia 1998	2,8	2,5	4,2	1,7
Malí 2001	6,5	6,1	6,8	0,7	Brasil 1996	2,5	1,8	2,5	0,7
Mozambique 1997	6,2	4,7	5,2	0,5	Colombia 2000	2,5	1,8	2,6	0,8
Namibia 1992	5,7	4,8	5,4	0,6	Guatemala				
Níger 1998	8,5	7,0	7,2	0,2	1998-99	3,7	4,1	5,0	0,9
Nigeria 1990	6,2	5,8	6,0	0,2	Haití 2000	3,3	2,8	4,7	1,9
Ruanda 2000	5,0	4,7	5,8	1,1	Nicaragua 2001	3,2	2,3	3,2	0,9
Rep. Centroafricana					Perú 2000	2,6	1,8	2,8	1,0
1994-95	6,7	4,7	5,1	0,4	Rep. Domini-				
Senegal 1997	5,7	4,6	5,7	1,1	cana, 1996	3,4	2,5	3,2	0,7
Sudáfrica 1998	3,3	2,3	2,9	0,6	mediana	3,0	2,4	3,2	0,8
Tanzania 1999	5,7	4,8	5,6	0,8	media				
Togo 1998	4,9	4,2	5,2	1,0	(no ponderada)	3,0	2,4	3,5	1,1
Uganda 2000-01	5,1	5,3	6,9	1,6	TODOS LOS PAÍSES EN DESARROLLO				
Zambia 1996	5,7	5,2	6,1	0,9	mediana	4,8	4,1	4,8	0,7
Zimbabwe 1999	4,3	3,4	4,0	0,6	media				
mediana	5,7	4,7	5,5	0,8	(no ponderada)	4,7	3,9	4,7	0,8
media (no ponderada)	5,7	4,7	5,5	0,8	EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL				
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA					Armenia 2000	2,8	1,5	1,7	0,2
Egipto 2000	2,9	2,9	3,5	0,6	Kazajstán 1999	3,0	1,9	2,0	0,1
Jordania 1997	4,2	2,9	4,4	1,5	Kirguistán 1997	3,9	3,1	3,4	0,3
Marruecos 1992	3,9	2,7	2,6	1,3	Turkmenistán 2000	3,7	2,7	2,9	0,2
Mauritania 2001-01	6,8	4,1	4,5	0,4	Uzbekistán 1996 ..	3,8	3,1	3,3	0,2
Turquía 1998	2,5	1,9	2,6	0,7	mediana	3,7	2,7	2,9	0,2
Yemen 1997	4,5	4,6	6,5	1,9	media				
mediana	4,1	2,9	4,2	1,3	(no ponderada)	3,4	2,4	2,7	0,3
media (no ponderada)	4,1	3,2	4,3	1,1					

Número deseado de hijos. Entre 50 países en desarrollo encuestados desde 1990, las mujeres casadas indican que, en promedio, desean 4,7 hijos (ver el cuadro 7). Este promedio oculta una gran diferencia entre África Subsahariana y otras regiones. Fuera de los países subsaharianos, el tamaño deseado de familia es en promedio 3,3 hijos. En contraste, en los 28 países de África Subsahariana encuestados, el tamaño deseado de familia promedia los 5,7 hijos.

En todos los países subsaharianos de los que se tienen datos, excepto Sudáfrica, el número de hijos que desean las mujeres es más de 4, alcanzando casi hasta 8,5 en Chad y Níger. De otro modo, las mujeres que desean más de cuatro hijos están solamente en Jordania, Mauritania, Pakistán y Yemen. Las mujeres casadas no informaron que su tamaño deseado de familia fuera igual o menor que la fertilidad a nivel de reemplazo (ver la definición en la pág. 3) en ninguno de los países con encuestas.

Tendencias. En promedio, el tamaño deseado de familia bajó en aproximadamente 0,2 hijos entre las mujeres casadas de 32 países en desarrollo con más de una encuesta desde 1990 (ver el cuadro 7 en la Red). Los descensos fueron de 0,5 hijos o más en seis países de África Subsahariana y en Yemen. El

único aumento significativo entre las encuestas se dio en Ruanda, donde el tamaño deseado de familia se elevó de 4,4 hijos en 1992 a 5,0 en 2000.

Los cambios en el tamaño deseado de familia ocurridos en los años noventa reflejan una tendencia continua y a largo plazo hacia familias más pequeñas. En muchos países, las encuestas durante la década de los 80 mostraron descensos importantes en las preferencias de las mujeres en cuanto al tamaño de familia en comparación con datos de la Encuesta sobre Fertilidad Mundial realizada en los setenta (97, 136). A pesar de ello, en muchos países, el tamaño deseado de familia y, consecuentemente, las tasas de fertilidad, continúan muy por encima de las tasas de los países desarrollados.

Fertilidad deseada y no deseada. A pesar de los aumentos en el uso de anticonceptivos, muchas mujeres aún no han logrado sus metas en lo que se refiere a la fertilidad. En 50 países en desarrollo encuestados desde 1990, las mujeres casadas tienen en promedio casi un hijo más de los que desean (ver la última columna del cuadro 7). Se considera que un nacimiento es deseado cuando el número de hijos vivos al momento de la concepción es menor que el número de hijos deseados informados por la persona entrevistada.

Los niveles de fertilidad no deseada dependen de la proporción de mujeres que ya no desean más hijos y cuántas de ellas logran prevenir otro nacimiento (19). Estos datos se utilizan para calcular la "tasa de fertilidad deseada" (es decir la tasa de fertilidad que tendría un país si no hubieran nacimientos no deseados) así como la "tasa de fertilidad no deseada". La tasa de fertilidad deseada se calcula de igual manera que la tasa de fertilidad total (TFT) (ver en la pág. 3 cómo se calcula la TFT) pero no toma en cuenta los nacimientos no deseados. La tasa de fertilidad no deseada es la diferencia entre la TFT y la tasa de fertilidad deseada.

¿Por qué las mujeres casadas tienen más hijos de los que desean? La fertilidad no deseada tiende inicialmente a elevarse y luego a bajar a medida que los países atraviesan la transición demográfica (19). Durante las etapas tempranas de la transición, cuando la fertilidad es alta, la mayoría de las mujeres desean muchos hijos y, por ende, la fertilidad no deseada es mínima. En Níger, por ejemplo, las tasas de fertilidad no deseada de 0,2 están entre las más bajas de todos los países en desarrollo, mientras que la TFT de 7,2 es la más alta que revelaron las encuestas, y solamente 5% de mujeres casadas practican la anticoncepción.

Los niveles de fertilidad no deseada tienden a ser especialmente altos durante las etapas medias de la transición hacia la fertilidad más baja. A medida que son más las mujeres que desean familias más pequeñas, crecen los niveles de fertilidad no deseada. Esta tendencia se explica porque el tamaño deseado de familia desciende más rápido de lo que aumenta el uso de anticonceptivos. En Haití, por ejemplo, las mujeres tienen aproximadamente dos hijos más de los que dicen desear, la TFT es 4,7 y 28% de las mujeres casadas practican la anticoncepción.

Luego, en etapas posteriores de la transición, a medida que más y más mujeres utilizan anticonceptivos, la fertilidad no deseada desciende junto con la fertilidad misma. En Indonesia, por ejemplo, la fertilidad no deseada promedia 0,4 hijos por mujer, la TFT es 2,8 y 57% de las mujeres casadas utilizan métodos de anticoncepción.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar

Según estimaciones de **Population Reports**, alrededor del mundo, más de 620 millones de mujeres casadas usaban anticonceptivos en el año 2000, casi 500 millones de ellas en países en desarrollo. No obstante, otros millones de mujeres, casadas y no casadas, no están usando la anticoncepción aunque son sexualmente activas y desean evitar el embarazo. Se considera que estas mujeres tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar (133, 134).

La forma en que las EDS calculan la necesidad insatisfecha varía un poco de la forma en que lo hacen las ESR, pero las variaciones son mínimas y, por ende, los datos acerca de la necesidad insatisfecha son comparables. Según la calculan las EDS, la categoría de necesidad insatisfecha comprende: las mujeres fértiles (mujeres capaces de producir hijos vivos) que están sexualmente activas y no usan anticonceptivos pero expresan el deseo de limitar o espaciar los nacimientos; las mujeres embarazadas pero cuyos embarazos son no deseados o inoportunos debido a la falta de uso de anticonceptivos en el momento de la concepción (sin incluir las fallas de los anticonceptivos); y las mujeres en el posparto que aún no están menstruando y sus embarazos no fueron planeados. Los cálculos de las ESR son similares pero no incluyen a las mujeres

que llevan actualmente un embarazo no planeado, y tampoco a las mujeres posparto.

En 1996, aproximadamente 102 millones de mujeres casadas en edad reproductiva de los países en desarrollo tenían una necesidad insatisfecha de planificación familiar (88). Un nuevo cálculo en 2000 estimó que 105 millones de mujeres casadas y 8 millones de mujeres no casadas en países en desarrollo tenían una necesidad insatisfecha (94).

Si bien el porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha decreció en muchos países durante los años noventa, el número de mujeres en edad reproductiva aumentó. Debido a ello, casi no cambió el número de mujeres que tenían necesidad insatisfecha (94, 133).

A partir de los datos reunidos por las EDS y las ESR en 60 países en desarrollo, se estima que hay un promedio no ponderado de 21% de mujeres casadas en edad reproductiva con necesidad insatisfecha de planificación familiar: 12% desean limitar los nacimientos y 9% desean espaciarlos. Entre las regiones en desarrollo, el nivel más alto, 24%, es el de África Subsahariana. El nivel más bajo, 16%, es el de América Latina y el Caribe (ver el cuadro 8).



Una agente de alcance comunitario de Indonesia posa afuera de una clínica de salud. A pesar de los crecientes niveles de uso de anticonceptivos, es necesario que los programas lleguen a millones de mujeres que tienen necesidad insatisfecha, es decir, aquellas que desean evitar el embarazo pero que no están utilizando la anticoncepción.

Cuadro 8

Necesidad insatisfecha de planificación familiar

Porcentaje entre mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1990-2001

ND = No disponibles

Es posible que las filas no den la suma total por razones de redondeo.

^a Necesidad insatisfecha se define aquí como mujeres casadas, fecundas, sexualmente activas que no están usando la anticoncepción pero que manifiestan que desean limitar o espaciar los nacimientos; mujeres que están embarazadas pero cuyos embarazos no fueron deseados ni oportunos; y mujeres en el puerperio que aún no están menstruando y cuyos embarazos no fueron planeados.

^b Necesidad insatisfecha se define aquí como mujeres casadas, fecundas, sexualmente activas que no están usando la anticoncepción pero manifiestan que desean limitar o espaciar los nacimientos.

^c Las necesidades insatisfechas para espaciar y limitar los nacimientos son estimaciones indirectas basadas en el deseo manifiesto de tener o no tener más hijos.

^d Datos para mujeres de 15 a 44 años de edad

^e Datos para mujeres de 10 a 49 años de edad

Population Reports

Región, país y año	Desean espaciar	Desean limitar	Total	Región, país y año	Desean espaciar	Desean limitar	Total
ÁFRICA SUBSAHARIANA				ASIA			
Benín 2001	18	10	27	Bangladesh 1999-2000 ^e	8	7	15
Burkina Faso 1998-99	19	7	26	Cambodia 2000	17	15	33
Camerún 1998	13	6	20	Filipinas 1998	8	11	19
Cabo Verde 1998 ^{bc}	4	10	14	India 1998-99	8	8	16
Chad 1996-97	7	3	10	Indonesia 1997	4	5	9
Comoras 1996	22	13	35	Nepal 2001	11	16	28
Costa de Marfil 1998-99	20	8	28	Pakistan 1990-91	16	15	32
Eritrea 1995	21	6	28	Vietnam 1997	4	4	7
Etiopía 2000	22	14	36	mediana	8	9	17
Gabón 2000	20	8	28	media (no ponderada)	10	10	20
Ghana 1998	11	12	23	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE			
Guinea 1999	16	8	24	Belice 1999 ^b	ND	ND	21
Kenia 1998.....	14	10	24	Bolivia 1998	7	19	26
Madagascar 1997.....	14	11	26	Brasil 1996	3	5	7
Malawi 2000	17	13	30	Colombia 2000	3	4	6
Mali 2001	21	8	29	Costa Rica 1993 ^b	2	3	5
Mauricio 1991 ^{b,cd}	1	5	6	Ecuador 1999 ^b	13	6	19
Mozambique 1997.....	17	6	23	El Salvador 1998 ^b	11	12	23
Namibia 1992	15	7	22	Guatemala 1998-99	12	11	23
Níger 1998	14	3	17	Haití 2000	16	24	40
Nigeria 1990	16	5	21	Honduras 2001 ^b	ND	ND	11
Rep. Centroafricana 1994-95	12	5	16	Jamaica 1997 ^b	7	7	14
Ruanda 2000	24	12	36	Nicaragua 2001.....	6	9	15
Senegal 1997	26	9	35	Paraguay 1998 ^{bd}	9	8	17
Sudáfrica 1998.....	5	10	15	Perú 2000	4	7	10
Tanzania 1999	14	8	22	Puerto Rico 1996 ^b	2	2	4
Togo 1998	21	11	32	Rep. Dominicana 1996	7	5	13
Uganda 2001	21	14	35	mediana	7	7	14
Zambia 1996	19	8	27	media (no ponderada)	7	9	16
Zimbabwe 1999.....	7	6	13	TODOS LOS PAÍSES EN DESARROLLO			
mediana	16	8	25	mediana	12	8	21
media (no ponderada)	16	8	24	media (no ponderada)	12	9	21
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA				EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL			
Egipto 2000	3	8	11	Armenia 2000	3	9	12
Jordania 1997	7	7	14	Azerbaiyán 2001 ^{bd}	3	9	12
Marruecos 1992.....	9	11	20	Georgia 1999 ^{bd}	6	17	23
Mauritania 2000-01 ..	23	9	32	Kazajstán 1999	4	5	9
Turquía 1998	4	6	10	Kirguistán Rep. 1997	5	7	12
Yemen 1997	17	21	39	Moldavia 1997 ^{bd}	3	3	6
mediana	8	8	17	Rep. Checa 1993 ^{bd}	4	11	15
media (no ponderada)	10	10	21	Rumania 1999 ^{bd}	2	4	6
				Turkmenistán 2000	5	5	10
				Ucrania 1999 ^{bd}	5	12	17
				Uzbekistán 1996	7	7	14
				mediana	4	7	12
				media (no ponderada)	4	8	12

La necesidad insatisfecha entre las mujeres casadas es más grande en Haití con 40%, y en Yemen con 39%. Por otra parte, la necesidad insatisfecha entre las mujeres casadas desciende por debajo de 10% en Brasil, Colombia, Costa Rica, Indonesia, Mauricio, Puerto Rico y Vietnam.

En África Subsahariana, cerca de dos tercios de la necesidad insatisfecha entre las mujeres casadas están ligados al espaciamiento de los nacimientos. Tal estadística refleja el hecho de que la mayor parte de mujeres casadas desean seguir teniendo hijos (ver la pág. 22). En otras regiones en desarrollo, los niveles de necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos constituyen cerca de la mitad de la necesidad insatisfecha total. (Para mayores detalles sobre el espa-

ciamiento de nacimientos, ver **Population Reports, Espaciamiento de los nacimientos: con intervalos de tres a cinco años, más vidas a salvo**, Serie L, No. 13, verano de 2002.)

Mujeres no casadas. Entre las mujeres no casadas, estén o no sexualmente activas, la necesidad insatisfecha de planificación familiar es mucho más alta en África Subsahariana que en las otras regiones, llegando al 10%, comparada con 1% a 2% en Asia, el Cercano Oriente y Norte de África, y América Latina y el Caribe (94). La necesidad insatisfecha entre las mujeres no casadas es más baja que entre las mujeres casadas porque muchas mujeres no casadas no están activas sexualmente, mientras que aquéllas que sí lo están tienden a usar anticonceptivos más que las mujeres casadas (94) (ver la pág 11).

Tendencias. En los 37 países encuestados más de una vez desde 1990, la necesidad insatisfecha descendió en un promedio de 14%. Como se dijo, típicamente los niveles de necesidad insatisfecha suben a medida que más y más mujeres desean controlar su fertilidad, y luego bajan a medida que más y más mujeres utilizan anticonceptivos para lograr ese fin (134). En Senegal y Uganda, por ejemplo, la necesidad insatisfecha creció en 20% entre las encuestas. En contraste, en Colombia, Egipto, Ghana y Honduras se vieron descensos de 40% o más (ver el cuadro 8 en la Red).

Las mujeres jóvenes

Los programas de EDS y ESR están incluyendo cada vez más a jóvenes⁸ no casados además de las parejas casadas. La mayor parte de datos de las encuestas sobre mujeres jóvenes no casadas en países en desarrollo provienen de África Subsahariana y de América Latina y el Caribe.⁹ Hay pocas encuestas comparables en otros países en desarrollo que incluyen a las mujeres no casadas. Encuestas en Europa Oriental y Asia Central abarcan los datos de las mujeres casadas y de las no casadas.

Dichas encuestas desde 1990 muestran que en África Subsahariana y América Latina y el Caribe, aunque la proporción de mujeres jóvenes que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio ha cambiado muy poco, está creciendo el lapso promedio entre el inicio de la actividad sexual de las mujeres jóvenes y el matrimonio. En África Subsahariana la brecha se está haciendo más grande porque las mujeres se casan más tarde. En América Latina y el Caribe, las mujeres están iniciando la actividad sexual a edades más tempranas que antes. Las encuestas también revelan que un creciente porcentaje de mujeres jóvenes no casadas pero sexualmente activas están usando la anticoncepción, especialmente condones, los cuales protegen tanto contra el embarazo como contra gran parte de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA.

Actividad sexual

En las encuestas, se les pregunta a las mujeres entre los 15 y 24 años si han tenido relaciones sexuales. Las respuestas proporcionan información sobre la proporción que ha estado expuesta alguna vez a los riesgos del embarazo y las ITS. Las encuestas indagan además si las jóvenes han tenido actividad sexual dentro de las cuatro semanas previas a la encuesta (como indicación de si están sexualmente activas en ese momento).

Experiencia sexual antes del matrimonio. Entre las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años) los niveles de experiencia sexual prematrimonial que se informan son ligeramente más

⁸ Los términos "jóvenes", "adolescentes" y "gente joven" se definen de varias maneras. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a las personas entre los 10 y 19 años como adolescentes, y al grupo más grande que comprende las edades de 10 a 24 años como gente joven. En este número de **Population Reports**, se usa el término "adolescentes" para referirse a mujeres entre los 15 y 19 años de edad, y "jóvenes" o "mujeres jóvenes" para aquéllas entre los 15 y 24 años.

⁹ El cuestionario estándar de las EDS cubre a todas las mujeres casadas y no casadas entre los 15 y 49 años, excepto en casos en que los países restringen la cobertura ya sea por edad o por estado civil (marital). El programa de ESR realiza las Encuestas sobre Salud Reproductiva en Jóvenes Adultos (ESRJA) en los países que las solicitan. Además, en la ESR estándar se incluye un módulo sobre jóvenes adultos, que abarca a las mujeres no casadas, en caso de solicitarse.

altos en África Subsahariana (29%) que en América Latina y el Caribe (24%). La mitad o más de las adolescentes encuestadas en Belice, Gabón, Jamaica y Togo, informan haber tenido experiencia sexual antes del matrimonio. En contraste, en los tres países de Asia que incluyen datos comparables en las entrevistas, los niveles de coito prematrimonial entre mujeres de 15 a 19 años son insignificantes (ver el cuadro 9, pág. 28).

Entre 30 países en desarrollo encuestados más de una vez desde 1990, los niveles de experiencia sexual prematrimonial de las adolescentes permanecieron prácticamente iguales. Encuestas repetidas en Colombia y en Paraguay revelaron aumentos de 18 y 12 puntos respectivamente. En contraste, los niveles en Ghana descendieron 19 puntos, casi la mitad, entre 1993 y 1998 (ver el cuadro 9 en la Red).

Como sería de esperar, las mujeres no casadas entre los 20 y 24 años tienen mayor probabilidad que las mujeres de 15 a 19 años de haber tenido experiencia sexual. En África Subsahariana y en América Latina y el Caribe, casi la mitad de las mujeres encuestadas entre las edades de 20 y 24 informaron haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio. Los niveles en Cabo Verde y Sudáfrica llegan a casi cuatro de cada cinco mujeres en esta situación. En América Latina y el Caribe, las mujeres entre 20 y 24 años tienen una probabilidad dos a tres veces mayor de haber tenido experiencia sexual que las mujeres entre 15 y 19 años en todos los países a excepción de Belice (ver el cuadro 9, pág. 28).

Entre las mujeres de 20 a 24 años, el porcentaje que informa experiencia sexual prematrimonial aumentó sólo ligeramente (un promedio de 4 puntos) en África Subsahariana, en los 16 países con datos sobre tendencias desde 1990. En América Latina y el Caribe la actividad sexual prematrimonial entre las mujeres de 20 a 24 años incrementó cerca de 8 puntos porcentuales durante los años noventa, elevándose en el total de 13 países, menos Jamaica (ver el cuadro 9 en la Red).



En muchos países de África Subsahariana donde se realizaron encuestas, los niveles de uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas menores de 20 años son bajos, 13% en promedio. En esta región, las mujeres no casadas sexualmente activas entre los 15 y 19 años tienen el triple de probabilidad de usar la anticoncepción que las mujeres casadas de la misma edad.

Los niveles de relaciones sexuales prematrimoniales entre las mujeres jóvenes de Europa Oriental y Asia Central difieren enormemente. En Asia Central y el Cáucaso, los niveles son insignificantes, a excepción de Kazajstán. En Europa Oriental, la mitad de las mujeres de la República Checa entre las edades de 15 y 19 y la mitad o más de las mujeres de 20 a 24 años en la República Checa, Rumania y Ucrania tuvieron experiencia sexual antes del matrimonio (ver el cuadro 9).

Actividad sexual reciente entre las mujeres no casadas. Pocas mujeres no casadas de 15 a 19 años informan tener actividad sexual reciente (es decir, en las cuatro semanas previas a la encuesta), según muestran datos de 47 países —11% en África Subsahariana y 5% en América Latina y el Caribe. Los niveles de actividad sexual reciente más altos entre las adolescentes son los de Camerún, Costa de Marfil, Gabón y Togo, llegando hasta 20% a 25%. Por el contrario, los niveles más altos entre adolescentes no casadas de América Latina y el Caribe son 10% en Brasil y Colombia y 11% en Jamaica (ver el cuadro 9).

La actividad sexual reciente es considerablemente más común entre las mujeres no casadas de 20 a 24 años que entre las mujeres no casadas más jóvenes. El nivel promedio es 24% en África Subsahariana y 12% en América Latina y el Caribe.

Si bien los niveles promedio en la región de actividad sexual reciente entre los jóvenes no casados ha cambiado muy poco desde 1990, unos cuantos países informaron cambios grandes. Los niveles de actividad sexual actual descendieron en la mitad entre las adolescentes de Ghana de 1993 a 1998. En Colombia, los niveles subieron de 3% a 10% entre 1990 y 2000 en el grupo de adolescentes no casadas, y de 10% a 28% en el grupo de mayor edad (ver el cuadro 9 en la Red).

Edad a la iniciación sexual y unión conyugal

La mayoría de las mujeres jóvenes empiezan la actividad sexual sólo después de casarse o de haber entrado formalmente en unión conyugal, pero, como se dijo antes, muchas han tenido actividad sexual con anterioridad. Inclusive en los contextos conservadores, las parejas que están a punto de casarse a menudo comienzan las relaciones sexuales antes de la fecha del matrimonio.

Primera experiencia sexual. Entre las mujeres de 20 a 24 años en 46 de los países en desarrollo encuestados desde 1990, la edad mediana al tener el primer coito es alrededor de los 18 años. La edad mediana al primer coito se define como la edad a la cual la mitad de las mujeres dentro del mismo grupo de edad inician la actividad sexual.

La edad mediana más baja de la primera experiencia sexual entre todos los países encuestados es 15,7 años en Níger, mientras que el promedio para los 29 países subsaharianos encuestados es aproximadamente 17 años. Para las mujeres de América Latina y el Caribe, la edad mediana al primer coito es alrededor de los 18 a 19 años. En Europa Oriental y Asia Central, la edad mediana al primer coito es cerca de los 20 años (ver el cuadro 9).

La edad mediana de la primera relación sexual aumentó, en promedio, unos dos meses en 15 países de África

Anuncio de los editores

USAID adjudica proyecto para información mundial por 5 años

El Proyecto INFO es el sucesor y una expansión del Programa de Información en Población (PIP) que funcionó como parte del Centro de Johns Hopkins para Programas de Comunicación durante 20 años. El Proyecto INFO seguirá ofreciendo los ampliamente utilizados recursos producidos por el PIP, incluyendo:

- **Population Reports**
- Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva
- Revista electrónica The Pop Reporter
- Base de datos bibliográficos POPLINE
- Reproductive Health Gateway en www.rhgateway.org
- La colección Photoshare de fotografías sobre actividades internacionales en salud reproductiva

Además de este conjunto de servicios que ofrece, el Proyecto INFO ha agregado una serie de enfoques innovadores para la gestión de los conocimientos, entre los que se incluyen:

- Énfasis en tecnología informática de punta para compartir el conocimiento y facilitar el intercambio de información en todas direcciones, especialmente entre los participantes que están al sur.
- Trabajo con contrapartes a fin de asegurar que los contenidos mundiales sean pertinentes al nivel local y que los contenidos locales sean mundialmente accesibles.
- Extensa colaboración con una sociedad de organizaciones mundiales que trabajan en los países en desarrollo con fines como reunir recursos, evitar la duplicación de esfuerzos y maximizar el impacto y la sostenibilidad.

Los funcionarios clave dentro del Proyecto INFO son: Ward Rinehart, Director de Proyectos; John Robinette, Subdirector de Proyectos; John A. Kerecheck, Oficial de Finanzas; y Tara Sullivan, Especialista en Monitoreo y Evaluación.

El Proyecto INFO inauguró su nueva página en Internet, <http://www.inforforhealth.org>, el 1° de julio de este año. El sitio ofrece acceso tanto a recursos informativos completos como a nueva información seleccionada sobre planificación familiar internacional y temas afines de salud reproductiva.



Subsahariana con más de una encuesta desde 1990 (ver el cuadro 9 en la Red). En Senegal, sin embargo, la edad mediana subió 18 meses entre las encuestas de 1992-3 y 1997. Senegal ha lanzado una serie de programas enfocados en la juventud, incluyendo la promoción de la actividad sexual segura por los medios de comunicación y el teatro callejero, proporcionando prevención contra el VIH y educación sexual en las escuelas, ofreciendo capacitación en habilidades para la vida y tratando de llegar tanto a la juventud fuera de la escuela como a los jóvenes en el ejército (4, 110, 127).

En América Latina y el Caribe, la edad mediana al primer coito descendió en aproximadamente siete meses globalmen-

te en los 12 países donde se realizaron múltiples encuestas. Los únicos aumentos se registraron en Bolivia y Guatemala.

Primera unión conyugal. En toda la región de África Subsahariana, cerca de la mitad de mujeres entre los 20 y 24 años contrajeron matrimonio alrededor de los 19 años (o entraron en una unión legal, consensual u otra parecida). Entre los países subsaharianos, la edad mediana más baja al casarse es de 15,7 años en Níger. En países que se encuestaron en América Latina y el Caribe, la edad mediana del primer matrimonio es cerca de los 20 años, y en Europa Oriental y Asia Central es casi los 21 años (ver el cuadro 9, pág. 28).

En África Subsahariana en general, la edad mediana al primer matrimonio se elevó unos cuatro meses entre los 15 países encuestados más de una vez desde 1990. El mayor aumento se vio en Senegal (ver el cuadro 9 en la Red).

Lapso entre el inicio de la actividad sexual y el matrimonio. En África Subsahariana, el lapso promedio entre la edad mediana al primer coito y la edad mediana al casarse es 1,7 años. En Sudáfrica, donde la edad mediana al casarse es casi 25 años, el lapso entre el inicio de la actividad sexual y el matrimonio es de 6,9 años, el período más prolongado entre los países encuestados de todas las regiones.

En América Latina y el Caribe, la diferencia promedio entre las edades medianas de la iniciación sexual y el matrimonio es de 1,4 años. La más grande, de 3,0 años, se da en Colombia. En Europa Oriental la diferencia promedio es entre dos y tres años, en tanto que en la mayoría de Asia Central existe poca o ninguna diferencia.

Entre 14 países subsaharianos donde se repitieron las encuestas desde 1990, el lapso promedio entre la edad mediana al primer coito y la edad mediana al primer matrimonio aumentó en tres meses, principalmente porque las mujeres están retrasando el matrimonio. En 12 países encuestados de América Latina y el Caribe, el incremento promedio fue de ocho meses, en gran parte porque las mujeres están iniciando la actividad sexual más jóvenes (ver el cuadro 9 en la Red).

La edad mediana al casarse en Eritrea es más baja que la edad de la primera relación sexual. En algunas culturas, la tradición

manda casar a las niñas a edades muy tempranas y la pareja espera hasta que la esposa tenga la menstruación para consumir el matrimonio (73, 82).

Uso de anticonceptivos entre los adultos jóvenes

En los países que se encuestaron, el nivel más alto de uso de anticonceptivos es el del grupo de mujeres no casadas, sexualmente activas, entre los 20 y 24 años de edad; el nivel más bajo es el del grupo de mujeres adolescentes casadas (de 15 a 19 años). En especial en África Subsahariana y en el Sur de Asia, las mujeres jóvenes casadas frecuentemente tienen que enfrentar de inmediato expectativas culturales y presiones sociales para "probar" su capacidad de tener hijos ante sus familias y las familias de sus esposos (73, 82). Como resultado, pocas mujeres adolescentes usan anticonceptivos.

A la inversa, en las mujeres jóvenes no casadas sexualmente activas la motivación para evitar el embarazo es fuerte y entonces tienden a usar la anticoncepción (70). Posiblemente otras mujeres, casadas o no casadas, desean usar anticonceptivos pero enfrentan obstáculos para obtener planificación familiar por su corta edad y su condición de no estar casadas (51, 60, 106).

En África Subsahariana, las mujeres casadas entre 15 y 19 años muestran niveles especialmente bajos de uso de anticonceptivos, aproximadamente 13% (ver el cuadro 10). Entre las mujeres adolescentes no casadas pero sexualmente activas, sin embargo, el nivel de uso de la anticoncepción llega a 39%. En la región, un 20% de mujeres casadas entre las edades de 20 y 24 años utilizan anticonceptivos, en comparación con 49% de las mujeres no casadas sexualmente activas de la misma edad. Las mujeres que no están casadas con frecuencia usan condones, mientras que las mujeres que lo están generalmente utilizan los AO o los métodos tradicionales.

Un promedio de 39% de las mujeres casadas entre 15 y 19 años practican la anticoncepción en América Latina y el Caribe. En comparación, 60% de mujeres no casadas sexualmente activas de esta edad usan anticonceptivos. Las mujeres

Cuadro 10

Uso de anticonceptivos entre mujeres jóvenes

Promedios no ponderados de datos de los países, 1990–2001

África Subsahariana: datos para 30 países
Cercano Oriente y Norte de África: datos para 6 países
Asia: datos para 8 países
América Latina y el Caribe: datos para 16 países
Europa Oriental y Asia Central: datos para 11 países

^a Retiro y abstinencia periódica
^b Anticonceptivos orales
^c Incluye inyectables, implantes, métodos vaginales y condón femenino

Es posible que las cifras no den la suma total por razones de redondeo

Population Reports

Región	% que actualmente los usa					
	Cualquier método	Tradicional ^a	AOs ^b	DIU	Condón	Otro moderno ^c
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Casadas 15–19	13	4	4	0	2	3
No casadas 15–19....	39	10	5	0	20	4
Casadas 20–24	20	5	7	0	2	5
No casadas 20–24....	49	15	10	0	17	6
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA						
Casadas 15–19	18	5	6	5	1	1
Casadas 20–24	29	7	9	11	2	1
ASIA						
Casadas 15–19	19	3	6	2	2	6
Casadas 20–24	34	6	9	6	2	11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Casadas 15–19	39	8	15	3	6	7
No casadas 15–19....	59	17	11	2	21	8
Casadas 20–24	52	8	18	6	6	13
No casadas 20–24....	69	13	20	6	18	10
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Casadas 15–19	28	13	2	7	6	1
No casadas 15–19....	79	17	11	0	50	2
Casadas 20–24	47	19	4	17	7	1
No casadas 20–24....	49	16	8	6	16	2

entre los 20 y 24 años tienen aún mayor probabilidad de usar anticonceptivos, esta cifra llega a 52% entre las mujeres casadas y 69% entre las no casadas pero sexualmente activas. En el grupo de las mujeres casadas, las píldoras y los inyectables son los métodos más usados; entre las mujeres no casadas, las píldoras, los condones y los métodos tradicionales.

En Europa Oriental y Asia Central, casi 30% de las adolescentes casadas practican la planificación familiar, en su mayor parte los métodos tradicionales. Ocho de cada 10 adolescentes no casadas sexualmente activas utilizan métodos de planificación familiar; la mitad usan condones. En el grupo de mujeres casadas de 20 a 24 años, los DIU y los métodos tradicionales son los más populares, mientras que las mujeres no casadas de la misma edad confían en los condones así como en los métodos tradicionales.

Los datos de encuestas comparables en Asia y el Cercano Oriente y Norte de África solamente se encuentran disponibles para las jóvenes casadas. En ambas regiones, cerca de una quinta parte de las adolescentes casadas usan anticonceptivos, igual que casi una tercera parte de las mujeres casadas entre las edades de 20 y 24 años.

Tendencias del uso de anticonceptivos. El uso de anticonceptivos entre las mujeres jóvenes no casadas pero sexualmente activas ha incrementado sustancialmente desde 1990, según los datos de encuestas repetidas en 26 países en desarrollo. La prevalencia de anticonceptivos entre las mujeres no casadas entre los 15 y 19 años aumentó en promedio 5 puntos porcentuales en África Subsahariana y 21 puntos en América Latina y el Caribe.

Particularmente, las adolescentes no casadas sexualmente activas tenían el doble de probabilidad de utilizar condones en el momento de la encuesta posterior que en la anterior (ver el cuadro 10 en la Red). Los aumentos en el uso de condones explicaban casi la totalidad del aumento del uso de anticonceptivos en África Subsahariana y 61% en América Latina y el Caribe.

Los niveles de uso de anticonceptivos subieron 6 puntos porcentuales entre las mujeres no casadas sexualmente activas entre 20 y 24 años en África Subsahariana, y 18 puntos porcentuales en América Latina y el Caribe. También esta vez, el mayor uso del condón fue responsable de la mayor parte del aumento del uso de anticonceptivos en los países subsaharianos y de 57% en América Latina y el Caribe.

Enfrentados con la epidemia del VIH/SIDA, muchos países han enfocado sus esfuerzos en aumentar el acceso de la juventud a los condones y su uso. En Colombia, por ejemplo, el programa nacional de planificación familiar llamado PRO-FAMILIA ha incorporado cada vez más los servicios de salud sexual y reproductiva en sus clínicas, adoptando un enfoque en las necesidades de la juventud (55). Entre 1990 y 2000, el uso del condón en Colombia creció de 3% a 28% entre las adolescentes no casadas sexualmente activas, y de 4% a 28% entre las mujeres no casadas sexualmente activas de 20 a 24 años (ver el cuadro 10 en la Red).

En forma similar, el uso del condón en Senegal subió de 15% a 29% entre las adolescentes no casadas pero sexualmente activas y de 7% a 41% en el mismo grupo de mujeres pero de 20 a 24 años de edad entre la encuesta de 1992-3 y la encuesta de 1997. Recientemente, Senegal ha implementado grandes esfuerzos para promover el uso del condón entre los jóvenes (4). (Para mayor información sobre el VIH/SIDA entre los jóvenes, ver **Population Reports, Los jóvenes y el VIH/SIDA: ¿Podemos evitar una catástrofe?**, Serie L, No. 12, otoño de 2001.)

El embarazo en la adolescencia

Mundialmente, se estima que cada año ocurren 15 millones de nacimientos entre las mujeres de 15 a 19 años (7). Para las adolescentes, tener hijos puede implicar riesgos de salud sobre todo para las madres y sus recién nacidos. Las mujeres menores de 20 años tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones que las mujeres de 20 años en adelante (40, 143). La maternidad precoz puede ser especialmente peligrosa en lugares donde la anemia y la desnutrición son comunes y el acceso a la atención obstétrica calificada es deficiente (61, 107).

Los embarazos no planeados, sobre todo entre las mujeres no casadas, pueden conducir a realizar abortos en condiciones de riesgo (70). Las complicaciones de este tipo de abortos, por ejemplo, representan 40% a 54% de las muertes maternas en Etiopía, Myanmar, Senegal y Trinidad y Tobago (1).

Entre 50 países en desarrollo encuestados, un promedio de 23% de mujeres adolescentes, incluyendo tanto las casadas como las no casadas, han dado a luz o están embarazadas (ver el cuadro 11, en la página siguiente). Tener hijos es más común entre las adolescentes de África Subsahariana, donde la cifra es de 26% de las mujeres entre los 15 y 19 años. En la República Centroafricana, Chad, Guinea, Madagascar, Malí y Níger, más de un tercio de las adolescentes están embarazadas o han tenido un hijo.

En promedio, entre 16 encuestas en América Latina y el Caribe, 19% del total de mujeres adolescentes han comenzado a tener hijos. Los niveles son más altos en el Salvador y Nicaragua, donde alcanzan 25%. En nueve países de Europa Oriental y Asia Central encuestados, aproximadamente 8% de las adolescentes ya son madres. (Los datos de encuestas disponibles para la mayoría de los países de Asia, el Cercano Oriente y Norte de África son sólo para las adolescentes casadas y, por lo tanto, no son comparables.)

La mayoría de adolescentes que están casadas o en unión conyugal ha comenzado la procreación. En América Latina y el Caribe, un promedio de 80% de las adolescentes casadas han comenzado a tener hijos, y en África Subsahariana, 73%. Entre todos los países en desarrollo que se encuestaron, Sudáfrica tiene la proporción más baja de adolescentes casadas que han comenzado a tener hijos, la cual llega a 50%.

Entre las adolescentes no casadas en 49 países en desarrollo donde hay datos, un promedio de aproximadamente 7% han comenzado a tener hijos. Sin embargo, en 13 de 30 países subsaharianos donde hay datos desde 1990, entre 10% y 25% de adolescentes no casadas estaban embarazadas o habían tenido un hijo. En otros lugares, el nivel más alto de procreación entre las mujeres no casadas de 15 a 19 años está en Nicaragua, donde llega a 10%.

Tendencias. Los niveles promedio de embarazo entre las adolescentes, casadas o no casadas, han permanecido prácticamente sin cambios, según datos de 29 países donde se hicieron múltiples encuestas desde 1990. No obstante, los niveles de embarazo en la adolescencia han descendido considerablemente en Ghana, Mozambique y Uganda (ver el cuadro 11 en la Red).

Una de las principales prioridades de Ghana en los últimos años ha sido reducir los niveles de procreación en la adolescencia. A este fin, el gobierno ha adoptado una política de salud reproductiva para adolescentes y ha abierto centros para jóvenes donde se proporciona información sobre planificación familiar, salud sexual y reproductiva e ITS y su tratamiento (6, 45, 84).

La supervivencia y la salud de los niños

Durante los años noventa, un promedio de 11 millones de niños menores de cinco años murieron cada año en los países en desarrollo, un descenso con respecto a los 20 millones anuales de cuatro décadas atrás. No obstante, en África Subsahariana, las muertes de niños antes de los cinco años casi se duplicaron durante este período, elevándose de aproximadamente 2,3 millones al año a 4,5 millones (117). En 2000, 43% de las muertes de niños en el mundo fueron entre los de África Subsahariana, en comparación con 14% en 1960 (118).

A pesar de las mejoras en la supervivencia infantil implementadas en muchos países en desarrollo, otros países no han logrado alcanzar las metas de reducción de la mortalidad

entre lactantes y niños fijadas para el año 2000 en la Cumbre Mundial para la Niñez celebrada en 1990. Una de estas metas era reducir para el 2000 los niveles de mortalidad infantil (la probabilidad de que un niño muera entre su nacimiento y el primer año de vida) y de la mortalidad antes de los cinco años (la probabilidad de que un niño muera entre su nacimiento y la edad de cinco años) ya sea en una tercera parte o hasta entre 50 y 70 muertes por 1.000 nacimientos, la que fuera menor entre las dos (123).

En las encuestas realizadas de 1990 a 2001, 30 de 56 países habían alcanzado la meta de mortalidad infantil establecida en la Cumbre Mundial, pero sólo 19 lograron la meta de mortalidad antes de los cinco años. En Camerún, Kenia y Haití, los niveles de mortalidad infantil descendieron hasta entre 50 y 70 muertes por 1.000 nacimientos en las primeras encuestas de los años noventa, pero se elevaron por encima de estos niveles en las subsiguientes encuestas.

El fracaso de los países en lograr las metas de la Cumbre Mundial se debe a varias razones. Entre ellas, la reducción del

Cuadro 11

Embarazo en la adolescencia, 1990-2001

Porcentajes de mujeres de 15 a 19 años de edad que han comenzado a tener hijos^a

Se excluyen países de Asia y el Cercano Oriente y Norte de África porque sólo fueron encuestadas las mujeres casadas alguna vez.

ND = No disponibles

^a Mujeres que están embarazadas o han tenido un hijo

Population Reports

Región, país y año	casadas/ en unión conyugal	No casa- das	Total	Región, país y año	casadas/ en unión conyugal	No casa- das	Total
ÁFRICA SUBSAHARIANA				ASIA			
Benín 2001	82	3	22	Camboya 2000	64	1	8
Burkina Faso 1998-99	69	2	25	Filipinas 1998	79	1	7
Camerún 1998	69	10	31	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE			
Cabo Verde 1998	79	13	18	Belice 1999	78	ND	15
Chad 1996-97	77	3	39	Bolivia 1997	89	3	14
Comoras 1996	78	1	9	Brasil 1996	82	5	18
Costa de Marfil				Colombia 2000	84	8	19
1998-99	80	16	31	Costa Rica 1993	77	7	17
Eritrea 1995	61	0	23	Ecuador 1999	85	6	20
Etiopía 2000	63	2	16	El Salvador 1998	83	9	25
Gabón 2000	69	25	33	Guatemala 1998-99	78	2	22
Ghana 1998	74	3	14	Haití 2000	86	5	18
Guinea 1999	75	6	37	Honduras 2001	66	9	23
Kenia 1998	78	9	21	Jamaica 1997	61	7	24
Madagascar 1997	78	14	36	Nicaragua 2001	77	10	25
Malawi 2000	79	11	33	Paraguay 1998	71	7	16
Mali 2001	76	11	40	Perú 2000	84	5	13
Mauricio 1991	74	1	9	Puerto Rico 1996	100	7	18
Mozambique 2001	65	9	28	Rep. Dominicana			
Namibia 1992	78	17	22	1996	76	2	23
Níger 1998	68	3	43	mediana	80	7	19
Nigeria 1990	71	2	28	media (no ponderada)	80	6	19
Rep. Centroafricana				TODOS LOS PAÍSES EN DESARROLLO			
1994-95	67	14	36	mediana	77	6	22
Ruanda 2000	79	2	7	media (no ponderada)	75	7	23
Senegal 1997	65	5	22	EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL			
Sudáfrica 1998	50	15	16	Armenia 2000	ND	ND	6
Tanzania 1999	74	10	26	Azerbaiyán 2001	40	0	4
Togo 1998	77	5	19	Georgia 1999	67	0	10
Uganda 2000-01	84	10	31	Kazajstán 1999	70	1	7
Zambia 1996	84	11	31	Kirguistán 1997	71	0	9
Zimbabwe 2001	78	7	21	Moldavia 1997	65	1	9
mediana	75	8	26	Rumania 1999	64	1	7
media (no ponderada)	73	8	26	Ucrania 1999	64	1	8
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA				Uzbekistán 1996	73	0	10
Marruecos 1992	58	0	7	mediana	66	0	8
Mauritania 2000-01	54	0	14	media (no ponderada)	64	0	8

compromiso con los programas de inmunización infantil, los conflictos y luchas civiles, y la transmisión materno-infantil del VIH (130, 142). En contraste, las prácticas de lactancia materna han mejorado en muchos países desde 1990, y ahora más madres se adhieren a prácticas de alimentación que son beneficiosas para la salud y la supervivencia de lactantes y niños.

Las tasas de sobrevivencia de lactantes y niños se encuentran vinculadas con las tasas de fertilidad (10, 43, 59). Un estudio de 23 países de África Subsahariana llegó a la conclusión de que las diferencias en las tasas de sobrevivencia infantil explicaban muchas de las diferencias en las tasas de fertilidad entre los países en los años ochenta y los noventa (61). Una razón de ello es que cuando muchos de sus hijos mueren, la motivación de las parejas para tener muchos hijos es muy fuerte.

Antes de que ocurra la transición demográfica en un país, los niveles de mortalidad entre lactantes y niños por igual son altos. Las muertes de niños entre uno y cinco años son responsables de la mayor parte de los niveles de mortalidad antes de los cinco años. Cuando las tasas de mortalidad y fertilidad descienden durante la transición, las muertes entre niños de uno a cinco años bajan más rápido que aquellas entre los lactantes menores de 12 meses.

A medida que los países introducen mejoras en la atención para la salud infantil, las muertes entre lactantes empezarán a ser responsables de la mayor parte de la mortalidad antes de los cinco años. Por ello, será necesario que los programas que han hecho mejoras substanciales en la supervivencia de los niños (inmunización, terapia de rehidratación oral, tratamiento para infecciones respiratorias agudas) se vinculen con mayores esfuerzos para mejorar la supervivencia de los lactantes, por ejemplo, servicios mejorados en salud materna y mejor nutrición al principio del período de destete (14).

Mortalidad infantil

En 56 países en desarrollo encuestados desde 1990, por cada 1.000 niños que nacen, un promedio de 68 mueren para la edad de un año. Las tasas de mortalidad entre lactantes varían ampliamente dentro de las regiones en desarrollo así como entre ellas. En promedio, los niveles de mortalidad infantil son los más altos en África Subsahariana (87 muertes por cada 1.000 nacimientos) y los más bajos en América Latina y el Caribe (39 por cada 1.000). Entre los países, la mortalidad infantil más alta es la de Mozambique, 135 muertes por cada 1.000 nacimientos, y la más baja es la de Colombia, 21 muertes por cada 1.000 nacimientos (ver el cuadro 12, en la página siguiente).

Entre 37 países en desarrollo con más de una encuesta desde 1990, las tasas de mortalidad infantil mejoraron en 12 de ellos pero empeoraron en 6. (Los cambios de menos de 10 muertes por cada 1.000 nacimientos no tienen significación estadística y, por ende, no puede considerarse que reflejen cambios reales en la tasa de mortalidad (96).). En la región de África Subsahariana, la mortalidad infantil mejoró sólo en Ghana y en Malawi; y se deterioró más en Costa de Marfil y Ruanda (ver el cuadro 12 en la Red).

En otros lugares, los niveles regionales promedio de la mortalidad infantil mejoraron entre 16% y 19% entre una encuesta y otra. En Bangladesh, Belice, Indonesia, Nicaragua y Perú, las tasas de mortalidad infantil descendieron entre 20 y 29 muertes por cada 1.000 nacimientos

en el período de 6 a 9 años transcurrido entre encuestas subsiguientes. De 28 países encuestados fuera de África Subsahariana, todos excepto Camboya, Haití, Mauritania, Pakistán y Yemen han reducido la mortalidad infantil a los niveles que se fijaron como meta para el año 2000 en la Cumbre Mundial para la Niñez.

Los niveles de mortalidad infantil entre los nueve países de Europa Oriental y Asia Central que tienen datos fluctúan ampliamente, desde tan bajos como 14 muertes por cada 1.000 nacimientos en Ucrania hasta tan altos como 74 en Azerbaiyán y Turkmenistán. La mortalidad infantil es más alta en Asia Central y el Cáucaso que en Europa Oriental. Con excepción de Kazajstán, donde las tasas de mortalidad infantil pueden haberse elevado, los niveles de mortalidad infantil en general han descendido en la región desde 1990.

Mortalidad antes de los cinco años

Durante la década de los 90, las tendencias y los niveles de la mortalidad antes de los cinco años fueron similares a los de la mortalidad infantil. Las mismas enfermedades culpables de las muertes de muchos lactantes son también responsables de las muertes de muchos niños después de los 12 meses pero antes de que alcancen la edad de cinco años. No obstante, las dife-



Durante la última década, un promedio de 11 millones de niños menores de cinco años murieron cada año en los países en desarrollo.

Cuadro 12

Mortalidad entre lactantes y niños y tasas de inmunización, 1990-2001

ND = No disponible

^a Para el período de cinco años precedentes a la encuesta

^b Según consta en las tarjetas de inmunización y lo informado por las madres

^c Datos para 1992-93 (datos sobre inmunización ND para 1997)

^d Para niños de 18 a 29 meses

^e Para el período de 10 años precedentes a la encuesta; datos para la encuesta de 1998 ND

Population Reports

Región, país y año	Muertes por cada 1.000 nacimientos ^a		% de niños de 12-23 meses completamente inmunizados ^b	Región, país y año	Muertes por cada 1.000 nacimientos ^a		% de niños de 12-23 meses completamente inmunizados ^{b,c}
	0-1 años	0-5 años			0-1 años	0-5 años	
ÁFRICA SUBSAHARIANA				ASIA			
Benín 2001	89	160	59	Bangladesh 1999-2000....	66	94	60
Burkina Faso 1998-99 ..	105	219	29	Camboya 2000	95	124	40
Camerún 1998	77	151	36	Filipinas 1998	35	48	73
Cabo Verde 1998.....	31	42	37	India 1998-99.....	68	95	39
Chad 1996-97	103	194	11	Indonesia 1997	46	58	55
Comoras 1996	77	104	55	Nepal 2001	64	91	66
Costa de Marfil 1998-99	112	181	51	Pakistán 1990-91	86	112	35
Eritrea 1995	66	136	41	Vietnam 1997	29	38	50
Etiopia 2000	97	166	14	mediana	65	93	53
Gabón 2000	57	89	15	media (no ponderada)	61	83	52
Ghana 1998	57	108	62	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE			
Guinea 1999	98	177	32	Belice 1999.....	22	26	NA
Kenia 1998.....	74	112	60	Bolivia 1998	67	92	26
Madagascar 1997.....	96	159	36	Brasil 1996	39	49	73
Malawi 2000	104	189	70	Colombia 2000	21	25	52
Mali 2001.....	113	229	29	Ecuador 1999	30	39	77
Mozambique 1997.....	135	201	47	El Salvador 1998.....	35	43	77
Namibia 1992	57	84	58	Guatemala 1998-99	45	59	60
Níger 1998.....	123	274	18	Haití 2000.....	80	119	34
Nigeria 1990	87	193	29	Honduras 2001	34	45	89
Rep. Centrafricana				Nicaragua 2001	31	40	72 ^d
1994-95	97	158	37	Paraguay 1995-96 ^e	27	33	50
Ruanda 2000	107	196	76	Perú 2000	33	47	56
Senegal 1997	68	139	49 ^e	Rep. Dominicana 1996....	47	57	39
Sudáfrica 1998	45	59	63	mediana	34	45	58
Tanzania 1999	99	147	68	media (no ponderada)	39	52	59
Togo 1998	80	146	31	TODOS LOS PAÍSES EN DESARROLLO			
Uganda 2000-01	88	152	37	mediana	67	104	50
Zambia 1996	109	197	78	media (no ponderada)	68	111	49
Zimbabwe 1999	65	102	64	EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL			
mediana	89	158	41	Armenia 2000	36	39	71
media (no ponderada)	87	154	45	Azerbaiyán 2001.....	74	88	NA
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA				Georgia 1999	43	46	NA
Egipto 2000	44	54	92	Kazajstán 1999	62	71	73
Jordania 1997.....	29	34	21	Kirguistán 1997	61	72	70
Marruecos 1992	57	76	32	Rumanía 1999.....	30	32	NA
Mauritania 2001.....	70	104	46	Turkmenistán 2000	74	94	85
Turquía 1998	43	52	76	Ucrania 1999	14	14	NA
Yemen 1997	75	105	28	Uzbekistán 1996	49	59	79
mediana	50	65	39	mediana	49	59	73
media (no ponderada)	53	71	49	media (no ponderada)	49	57	76

rencias en la mortalidad antes de los cinco años entre 56 países en desarrollo encuestados son más grandes que las diferencias en la mortalidad infantil.

En África Subsahariana, la mortalidad antes de los cinco años, 154 muertes por cada 1.000 nacimientos, es el doble o el triple del promedio en cualquier otra región. La pobreza, la propagación de enfermedades infecciosas incluyendo el resurgimiento de la tuberculosis y el VIH/SIDA, los aumentos de los niveles de desnutrición y el limitado número de servicios médicos contribuyen a los continuos niveles altos de mortalidad antes de los cinco años en la región (118).

En más de la mitad de los 29 países de África Subsahariana encuestados, las tasas de mortalidad antes de los cinco años excedieron las 150 muertes por cada 1.000 nacimientos. Los niveles de mortalidad antes de los cinco años son más de 200

en Burkina Faso, Malí y Mozambique y alcanzan hasta 274 por cada 1.000 nacimientos en Níger. Entre 27 países de otras regiones que se encuestaron, las tasas más altas de mortalidad antes de los cinco años son entre 104 y 124 muertes por cada 1.000 nacimientos en Camboya, Haití, Mauritania, Pakistán y Yemen (ver el cuadro 12).

Entre 37 países en desarrollo encuestados más de una vez desde 1990, las tasas de mortalidad antes de los cinco años bajaron en 17, subieron en 6 y permanecieron casi las mismas en 14. En Asia, la mortalidad antes de los cinco años en los cinco países con varias encuestas descendió considerablemente. En América Latina y el Caribe, donde las tasas de mortalidad antes de los cinco años son más bajas que en otras regiones en desarrollo, la mortalidad descendió substancialmente en 7 de 12 países encuestados dos veces o más desde 1990.

Los seis países donde se vieron aumentos de las tasas de mortalidad antes de los cinco años están en África Subsahariana: Burkina Faso, Camerún, Costa de Marfil, Kenia, Ruanda y Zimbabue. Sin embargo, otros tres países subsaharianos, Malawi, Níger y Uganda, mostraron mejoras significativas en la supervivencia infantil durante los años noventa (ver el cuadro 12 en la Red).

Impacto del VIH/SIDA

Según estimaciones de la ONU, entre 1995 y 2015 el SIDA habrá cobrado las vidas de 3,7 millones de niños menores de cinco años en África. En los países más golpeados por el SIDA —Botswana, Kenia, Lesotho, Malawi, Namibia, Sudáfrica, Suazilandia, Zambia y Zimbabue— las tasas que se proyectan para la mortalidad antes de los cinco años son de dos a tres veces más altas de lo que serían en ausencia del SIDA (113). Inclusive en países donde todavía no se ha sentido todo el impacto de la epidemia del VIH/SIDA, es improbable que haya reducciones de la mortalidad infantil ya que las muertes ocasionadas por el SIDA superan los avances logrados contra otras causas de muerte (3).

Un estudio basado en datos de tendencias de las EDS para 25 países desde 1990 calcula que en los países con tasas altas de prevalencia del VIH, este virus fue responsable de gran proporción de las muertes de niños menores de cinco años; desde 13% en Tanzania a 61% en Zimbabue (2). Otros investigadores han calculado que los aumentos en la prevalencia del VIH/SIDA quedan compensados con las mejoras en la supervivencia infantil en Tanzania entre las entrevistas realizadas durante los años noventa (71).

No obstante, en todos los 25 países estudiados, el VIH/SIDA no fue el factor más importante que afectó las tasas de mortalidad antes de los cinco años. Las condiciones sociales y económicas de la familia y la infraestructura médica del país eran más importantes (2). Otro estudio que abarcó 39 países de África Subsahariana encontró que en Botswana, Namibia, Suazilandia, Zambia y Zimbabue, más de 30 muertes por cada 1.000 nacimientos entre los niños menores de cinco años eran ocasionadas por el VIH, mientras que en otros 18 países menos de 10 muertes por cada 1.000 nacimientos eran atribuibles al VIH (130).

Inmunización de los niños

La Cumbre Mundial para la Niñez de 1990 fijó la meta de inmunizar 90% de los niños del mundo menores de un año de edad para el año 2000 (123). Según la encuesta más reciente, sin embargo, los niveles de inmunización completa en niños entre los 12 y 23 meses llegan a 90% o más únicamente en Egipto; Honduras le sigue de cerca con 89%. La inmunización completa en los niños alcanza un promedio de sólo 49% entre 55 países en desarrollo que se encuestaron. Los niveles bajos de inmunización han afectado la supervivencia infantil particularmente en los países de África Subsahariana (118).

El Programa Ampliado de Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se

enfoca en seis enfermedades comunes de la infancia prevenibles por medio de la vacunación: difteria, tos ferina y tétanos (DPT), sarampión, polio y tuberculosis (BCG). La inmunización completa incluye tres dosis de la vacuna DPT, tres dosis de la vacuna oral contra la polio, una vacuna contra el sarampión y una vacuna BCG.

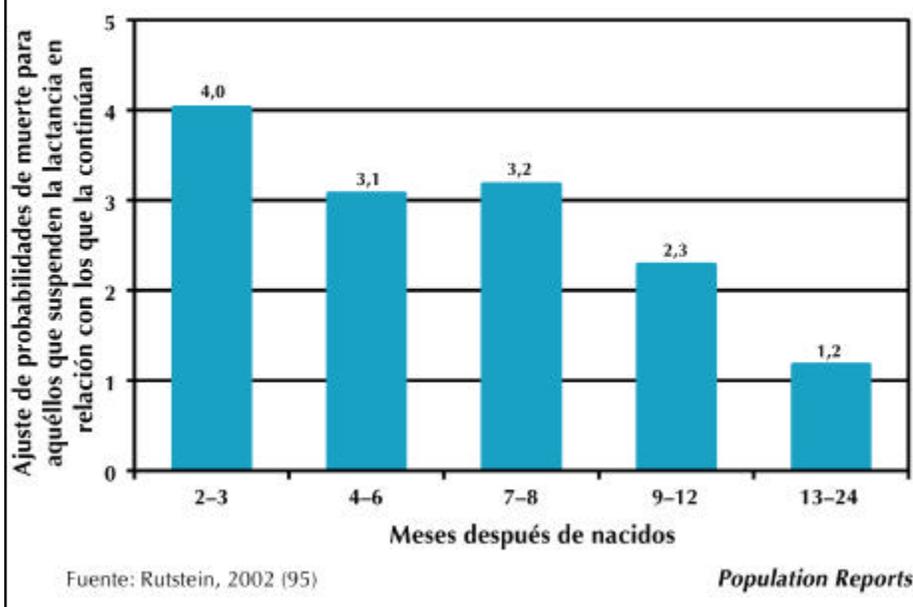
Entre 29 países subsaharianos encuestados, hay una amplia variación en la cobertura de la inmunización infantil completa, desde sólo 11% de niños entre los 12 y 23 meses de edad en Chad hasta 78% en Zambia. En forma parecida, entre seis países del Cercano Oriente y Norte de África, los niveles de inmunización varían desde 21% en Jordania hasta 92% en Egipto. Entre ocho países asiáticos donde se realizaron encuestas, los niveles de inmunización varían desde una tercera parte de los niños en Pakistán hasta cerca de tres cuartas partes en Filipinas. Los niveles promedio de inmunización completa más altos son 59% en América Latina y el Caribe. Estos niveles bajan hasta 26% en Bolivia pero exceden 75% en Ecuador, El Salvador y Honduras (ver el cuadro 12).

En algunos países, la razón de que los niveles de inmunización completa sean bajos es la falta de la tercera dosis de la serie de vacunas de DPT y de la polio. Por ejemplo, en Uganda, aunque más de 70% de los niños recibieron la primera vacuna de DPT y de la polio, menos de la mitad de ellos recibió la tercera dosis (109). En otros países la falta de una vacuna específica explica por qué no se llega a la inmunización completa (37). No completar las vacunas puede reflejar deficiencias en los sistemas de prestación de servicios y logísticos, al igual que la falta de servicios de salud en los lugares remotos y conflictos o malestar social que tienen incidencia en los servicios de salud (116, 121).



En Marruecos y otros países encuestados, más de tres cuartas partes de los niños pequeños han recibido inmunización completa. Pero en muchos otros países los niveles de inmunización todavía siguen muy por debajo de lo recomendado por la OMS.

Figura 2. Efecto de la suspensión de la lactancia en la mortalidad entre lactantes



La lactancia puede salvar las vidas de muchos pequeños. Proporciona tanto a los lactantes como a los niños importantes beneficios en cuanto a la salud y la nutrición.

Relación entre la lactancia y la salud de lactantes y niños

Las prácticas de lactancia en los países en desarrollo parecen haber mejorado desde 1990. El nivel de lactancia exclusiva entre los lactantes hasta 3 meses de edad subió un promedio de 10 puntos porcentuales en 35 países con más de una encuesta desde 1990, principalmente porque las madres evitaron incorporar demasiado pronto alimentos fuera de la leche dentro de la dieta de sus hijos. En algunos países, hubieron incrementos substanciales en la lactancia exclusiva desde 1990, incluyendo un aumento de 59 puntos porcentuales en Malawi (ver el cuadro 13 en la Red).

La práctica de introducir alimentos complementarios en el momento indicado aumentó un promedio de seis puntos porcentuales entre 35 países con múltiples encuestas. En tres países, los aumentos fueron mucho mayores: 28 puntos en Ghana, 30 puntos en Bangladesh y 38 puntos en Uganda.

En general, el nivel de alimentación continua para los niños de 12 a 15 meses y de 20 a 23 meses de edad permaneció aproximadamente igual en los países en desarrollo donde se hicieron varias encuestas desde 1990. No obstante, en El Salvador, Malawi, Nicaragua y Perú, los niveles de alimentación continua se elevaron entre 12 y 28 puntos porcentuales entre las encuestas.

En varios de los países encuestados hubo un deterioro de las prácticas de lactancia. El nivel de lactancia exclusiva bajó de 32% a 15% en Jordania entre las encuestas, al igual que la alimentación complementaria en Benín (de 83% a 64%) y en Turquía (de 45% a 33%). En Níger y Ruanda, la lactancia continua entre niños de 20 a 23 meses de edad bajó en 26% y 40% entre las encuestas.

Beneficios de la lactancia. La lactancia trae valiosos beneficios para la salud de los lactantes y niños, dándoles inmunidad a ciertas enfermedades, evitando que estén expuestos a agua de beber antihigiénica y ayudando a asegurar que tengan la nutrición adecuada. Un estudio de datos de encuestas

recientes en 17 países ilustra el impacto que tiene la lactancia en la supervivencia infantil. Una vez explicados otros factores que afectan la mortalidad, un lactante tiene cuatro veces más probabilidades de morir si su madre deja de amamantarlo a los 2 a 3 meses que un lactante cuya madre continúa con la lactancia (ver la figura 2).

La lactancia protege inclusive la vida de los lactantes un poco mayores. Por ejemplo, los niños que dejan de lactar entre los 9 y 12 meses, tienen una probabilidad 2,3 veces mayor de morir que los niños que continúan lactando en ese período (95).

En los países en desarrollo, casi todos los lactantes reciben algo de lactancia materna durante sus primeros tres meses. Los datos de encuestas realizadas desde 1990 en 56 países en desarrollo muestran que una tercera parte de lactantes de menos de 4 meses reciben lactancia exclusiva (desde 44% en Asia hasta 29% en África Subsahariana). En América Latina y el Caribe, un promedio de 37% de lactantes menores de 4 meses reciben lactancia exclusiva, y 34% en el Cercano Oriente y Norte de África (ver el cuadro 13).

La iniciación tardía de la alimentación complementaria podría provocar desnutrición en el lactante. Aproximadamente a los seis meses, los lactantes necesitan alimentos sólidos o semi-sólidos para complementar los nutrientes de la leche materna (120). Las encuestas indican que 64% de los lactantes entre los 6 y 9 meses reciben alimentación complementaria, habiendo considerable variación de un país a otro (ver el cuadro 13).

La lactancia hasta los dos años, juntamente con alimentación complementaria, ayuda a la buena nutrición y además continúa contribuyendo en la prevención de la diarrea (120). Entre los niños de 12 a 15 meses, 78% de las madres encuestadas en los países en desarrollo continúan amamantando en diversas proporciones. Los niveles de continuación de la lactancia bajan considerablemente entre los 20 y 23 meses de edad, hasta 45%. Las madres en África Subsahariana y Asia tienen casi el doble de probabilidad de continuar la lactancia casi hasta el final del segundo año de vida de un niño que las madres de otras regiones en desarrollo (ver el cuadro 13).

Cuadro 13. Lactancia (lct.) hasta los 24 meses de edad, 1990-2001

Región, país y año	% de lactantes según la edad					
	0-3 meses		6-9 meses		12-15 meses	
	Sin lact.	Exclusiva ^a	Predomi- nante ^b	Comple- mentada ^c	6-9 meses comple- mentada ^c	12-15 meses, lct. continua ^d
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Benin 2001	2	47	23	64	94	60
Burkina Faso 1998-99	1	5	88	49	96	86
Camerún 1998	3	16	55	71	85	30
Cabo Verde 1998	2	57	15	64	60	ND
Chad 1995-96	3	2	82	71	91	63
Comoras 1996	3	5	48	86	80	44
Costa de Marfil 1998-99	2	4	77	63	94	55
Eritrea 1995	1	65	28	45	91	60
Etiopía 2000	1	62	20	42	94	77
Gabón 2000	13	7	28	62	44	8
Ghana 1998	1	36	48	63	97	57
Guinea 1999	2	12	68	27	95	73
Kenia 1998	1	17	33	88	89	54
Madagascar 1997	2	61	25	88	90	49
Malawi 2000	2	62	15	92	97	72
Mali 2001	2	28	62	32	93	65
Mozambique 1997	4	38	37	83	94	59
Namibia 1992	2	22	52	66	75	27
Níger 1998	2	1	86	71	95	48
Nigeria 1990	4	1	60	51	87	44
Rep. Centroafricana 1994-95	1	4	63	93	96	54
Ruanda 2000	2	88	2	75	93	61
Sudafrica 1998	16	10	15	62	68	33
Senegal 1997	2	14	63	62	90	50
Tanzania 1999	2	40	39	63	90	49
Togo 1998	3	15	54	88	96	77
Uganda 2000-01	2	74	5	73	88	44
Zambia 1996	3	25	45	93	94	43
Zimbabue 1999	3	39	26	90	95	37
media (no ponderada)	2	22	45	66	93	54
media (no ponderada)	3	29	43	68	88	53
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA						
Egipto 2000	4	66	18	64	79	30
Jordania 1997	6	15	32	63	42	12
Marruecos 1992	1	28	38	62	88	52
Mauritania 2000-01	6	62	15	35	63	19
Turquía 1998	7	9	50	33	51	21
Yemen 1997	8	22	30	51	59	37
media (no ponderada)	6	25	31	57	61	25
media (no ponderada)	5	34	30	51	64	29
ASIA						
Bangladesh 1999-2000	1	53	18	59	59	94
Camboya 2000	2	14	71	71	71	86
Filipinas 1998	18	48	11	58	48	23
India 1998-99	2	55	25	34	88	69
Indonesia 1997	3	52	8	81	86	66
Nepal 2001	1	78	10	66	98	85
Pakistán 1990-91	5	25	41	29	78	51
Vietnam 1997	4	25	39	84	80	23
media (no ponderada)	3	50	22	63	87	60
media (no ponderada)	4	44	28	60	82	57
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Belize 1999	10	24	24	54	54	ND
Bolivia 1998	2	60	10	70	76	31
Brasil 1996	15	40	15	30	33	17
Colombia 2000	6	33	15	60	60	23
Ecuador 1999	6	42	23	70	60	25
El Salvador 1998	7	21	28	77	65	40
Guatemala 1998-99	5	45	27	61	83	45
Haití 2000	4	31	26	74	79	27
Honduras 2001	8	43	16	61	76	34
Nicaragua 2001	5	39	15	67	62	36
Paraguay 1995-96 ^e	8	7	59	59	40	15
Perú 2000	1	72	9	75	83	46
Rep. Dominicana	12	26	15	38	31	8
media (no ponderada)	6	39	16	61	64	27
media (no ponderada)	7	37	22	61	61	28
TODOS LOS PAÍSES EN DESARROLLO						
media (no ponderada)	3	29	28	63	87	45
media (no ponderada)	4	34	35	64	79	45
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Armenia 2000	6	44	29	51	29	13
Azerbaiján 2001	5	ND	ND	ND	ND	ND
Kazajistán 1999	1	47	38	64	61	18
Kirguistán 1995	5	30	45	55	73	18
Turkmenistán 2000	5	16	68	70	76	27
Uzbekistán 1996	5	4	60	57	64	34
media (no ponderada)	5	30	45	57	64	18
media (no ponderada)	4	28	48	59	60	22

^a Exclusiva: únicamente leche materna
^b Predominante: leche materna y agua
^c Continúa: lactancia materna, independientemente del tipo de suplementos
^d Suplementada: leche materna y alimentos sólidos o semi-sólidos
^e Datos para la encuesta de 1998 ND

La lactancia se considera exclusiva cuando un niño no recibe ningún otro alimento ni bebida aparte de la leche materna. La lactancia predominante se define como la alimentación infrecuente con vitaminas, minerales, agua, jugo o alimentación con fines rituales, además de la leche materna. Bajo esta definición no se permite ningún líquido basado en alimentos que no sean jugos de fruta o agua azucarada, Labbok, 1960 y Organización Mundial de la Salud, 2002 (141). **Population Reports**

La salud materna

La asistencia médica calificada durante el parto, ya sea en el hogar o en un establecimiento médico, puede salvar las vidas de las mujeres. Entre las mayores causas de muerte de las mujeres en los países en desarrollo, están la falta de tratamiento o el tratamiento inadecuado para las complicaciones del embarazo, el parto y el período de posparto (77). La prevención de las complicaciones de la madre requiere contar con asistentes calificados que provean atención para el parto y monitoreo durante el período de posparto (66, 68, 108, 129, 139). Entre estos asistentes están incluidos médicos, enfermeras y matronas capacitados tanto para manejar los partos normales como también para diagnosticar o manejar las complicaciones obstétricas o referirlas para tratamiento.

En la atención prenatal se pueden identificar y tratar condiciones como la desnutrición, tuberculosis, sífilis, anemia grave, preeclampsia y eclampsia. Los asistentes calificados pueden administrar inyecciones contra el tétanos y suplementos de hierro y ácido fólico, y también pueden aconsejar a las mujeres sobre cuestiones de salud y nutrición durante el embarazo. Además pueden ayudar a las mujeres a hacer los preparativos para el parto y planificar lo que se debe hacer en caso de ocurrir complicaciones (68).

Las encuestas muestran que, con frecuencia, hay deficiencias en las prácticas para atender la salud de las madres. Una cuarta parte de las mujeres encuestadas en los países en desarrollo no recibieron atención prenatal por parte de un asistente calificado en su embarazo más reciente dentro de los últimos cinco años. A más de la tercera parte no se les administraron inyecciones de toxoide tetánico y casi la mitad no fueron atendidas por un asistente calificado durante el parto. Desde 1990, sólo unos cuantos países han hecho mejoras substanciales en estos indicadores de la salud materna.



Patricia Poppe, IHL/ICCP

Estas mujeres esperan para recibir atención prenatal en una clínica rural de Guatemala. En los países en desarrollo, el acceso de las mujeres a asistencia médica calificada durante el embarazo y el parto varía ampliamente de un lugar a otro.

Atención prenatal

Según muestran encuestas en 60 países, el acceso de las mujeres de las regiones en desarrollo a la atención prenatal es muy variado. En Asia y el Cercano Oriente y Norte de África, casi 60% de las mujeres embarazadas recibieron una o más visitas de un proveedor calificado durante sus embarazos más recientes. En Bangladesh, Marruecos y Yemen, sin embargo, solamente una tercera parte de las mujeres se beneficiaron de esa atención, y en Pakistán apenas una cuarta parte. En contraste, en Indonesia y Jordania, 9 mujeres de cada 10 recibieron atención prenatal por parte de un proveedor calificado (ver el cuadro 14).

En África Subsahariana, un promedio de 77% de las mujeres vieron a un asistente calificado para atención prenatal durante su último embarazo. En cada uno de los 30 países encuestados, a excepción de Chad, Etiopía y Níger, al menos la mitad de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal, y en 11 de los países, 90% o más de ellas. En América Latina y el Caribe el promedio fue de 86%, con tasas mucho más bajas en Bolivia (65%) y Guatemala (60%). En todos los países de Europa Oriental y Asia Central que se encuestaron, 90% o más de las mujeres se beneficiaron de atención prenatal por parte de un asistente calificado durante el embarazo, excepto en Azerbaiyán y Kazajstán.

Desde 1990, el porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal calificada creció ligeramente en Asia (6 puntos porcentuales), el Cercano Oriente y Norte de África (8 puntos) y América Latina y el Caribe (7 puntos), pero permaneció aproximadamente igual en África Subsahariana. Entre 38 países donde se repitieron las encuestas, donde hubo incrementos de 10 puntos o más en la cobertura de atención prenatal fue en Bolivia, Haití, Jordania, Malí, Nepal, Nicaragua y Perú. El porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal calificada no bajó más de 3 puntos porcentuales en ninguno de los países en desarrollo (ver el cuadro 14 en la Red).

Inyecciones de toxoide tetánico

Se estima que, durante la década de los 90, de 150.000 a 300.000 muertes de madres pueden atribuirse al tétanos materno. (42). Las esporas del tétanos infectan a las mujeres y a los niños a través de los partos en condiciones antihigiénicas o peligrosas, y son responsables de aproximadamente 5% de muertes maternas y 14% de muertes neonatales (119).

Las vacunas de toxoide tetánico pueden prevenir las infecciones y salvar las vidas tanto de las madres como de sus recién nacidos. Las mujeres embarazadas deben recibir por lo menos dos dosis de toxoide tetánico, lo cual les brinda protección contra la enfermedad durante uno a tres años (122).

Entre 56 países con datos de encuestas desde 1990, casi dos terceras partes de las mujeres recibieron una o más inyecciones de toxoide tetánico durante un embarazo dentro de los cinco años anteriores a la encuesta (ver el cuadro 14). Pero no siempre existe vinculación entre la inmunización antitetánica y la atención prenatal. En Jordania, por ejemplo, la gran mayoría de mujeres recibieron atención prenatal la última vez que estuvieron embarazadas, pero sólo a aproximadamente 40% se les administró inyecciones de toxoide tetánico. A la inversa, en Egipto alrededor de la mitad de las mujeres recibieron atención prenatal, pero a casi las tres cuartas partes se les administró inyecciones de toxoide tetánico. Alrededor de 30% de las mujeres que recibieron la inyección de toxoide tetánico no acudieron más a la clínica prenatal (39).

Cuadro 14

Indicadores de salud materna, 1990-2001

Porcentaje de mujeres que reciben servicios

^a Para embarazos durante los cinco años precedentes a la encuesta

^b Médico, enfermera o matrona

^c Una o más inyecciones

^d Para embarazos durante los tres años precedentes a la encuesta

ND = No disponibles

Región, país y año	Atención prenatal calificada ^{a,b}	Inyección de toxoide tetánico ^{a,c}	Parto en establecimiento médico ^a	Asistentes calificados en el parto ^{a,b}	Región, país y año	Atención prenatal calificada ^{a,b}	Inyección de toxoide tetánico ^{a,c}	Parto en establecimiento médico ^a	Asistentes calificados en el parto ^{a,b}
ÁFRICA SUBSAHARIANA					ASIA (continuación)				
Benín 2001	87	71	76	73	Filipinas 1998.....	86	69	34	56
Burkina Faso					India 1998-99 ^d	65	75	34	42
1998-99	61	54	32	31	Indonesia 1997	89	72	21	49
Camerún 1998	79	69	54	58	Nepal 2001	49	55	8	13
Cabo Verde 1998	97	77	93	97	Pakistán 1990-91	26	30	13	19
Chad 1996-97	32	31	11	15	Vietnam 1997	71	71	62	77
Comoras 1996	85	57	43	52	mediana	57	70	17	37
Costa de Marfil					media (no ponderada)	57	62	23	38
1998-99	84	75	47	47	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE				
Eritrea 1995	49	33	17	21	Belice 1999	96	80	85	84
Etiopía 2000	27	26	5	6	Bolivia 1998	65	46	53	57
Gabón 2000	95	80	85	87	Brasil 1996	86	59	92	88
Ghana 1998	88	81	43	44	Colombia 2000	91	83	88	86
Guinea 1999	71	68	29	35	Costa Rica 1993	95	ND	98	98
Kenia 1998.....	92	90	42	44	Ecuador 1999	81	ND	69	69
Madagascar 1997....	77	50	34	47	El Salvador 1998.....	76	90	58	58
Malawi 2000		82	55	56	Guatemala 1998-99	60	56	40	41
Mali 2001.....	57	49	23	39	Haití 2000	80	71	17	24
Mauricio 1991	91	ND	92	93	Honduras 2001	85	94	55	55
Mozambique 1997 ..	71	34	44	44	Jamaica 1997	99	77	90	95
Namibia 1992	87	61	67	68	Nicaragua 2001	86	83	66	67
Níger 1998	39	34	18	18	Paraguay 1998	88	89	56	61
Nigeria 1990	59	52	32	33	Perú 2000	84	80	58	59
Rep. Centroafricana					Puerto Rico 1996	99	ND	99	ND
1994-95	67	70		46	Rep. Dominicana				
Ruanda 2000	92	70	27	31	1996	98	96	95	95
Senegal 1997	82	83	48	47	mediana	86	80	68	67
Sudáfrica 1998	94	59	83	84	media (no ponderada)	86	77	70	69
Tanzania 1999	93	83	44	44	TODOS LOS PAÍSES EN DESARROLLO				
Togo 1998	82	61	49	51	mediana	83	70	48	51
Uganda 2000-01	92	70	37	38	media (no ponderada)	75	64	50	53
Zambia 1996	96	85	47	47	EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL				
Zimbabwe 1999	93	79	72	73	Armenia 2000	92	ND	91	97
mediana	84	69	44	46	Azerbaiyán 2001.....	70	ND	74	89
media (no ponderada)	77	63	47	49	Georgia 1999	91	ND	92	93
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA					Kazajstán 1999	74	ND	98	99
Egipto 2000	56	72	48	61	Kirguistán 1997	97	ND	96	98
Jordania 1997.....	96	40	93	97	Moldavia 1997	99	ND	99	ND
Marruecos 1992	64	38	49	53	Rep. Checa 1993	99		74	
Mauritania 2000-01	32	54	28	31	Rumania 1999.....	89	ND	98	98
Turquía 1998	68	44	73	81	Turkmenistán 2000 ..	98	ND	95	97
Yemen 1997	34	17	16	22	Ucrania 1999	90	ND	99	ND
mediana	60	42	48	57	Uzbekistán 1996.....	95	ND	94	98
media (no ponderada)	58	44	51	57	mediana	92	ND	95	97
ASIA					media (no ponderada)	90	ND	94	96
Bangladesh									
1999-2000	33	81	6	12					
Population Reports									
Camboya 2000.....	38	45	10	32					

En promedio, la más baja cobertura del toxoide tetánico, que es 44%, se da en el Cercano Oriente y Norte de África. En África Subsahariana y en Asia, alrededor de tres de cada cinco mujeres embarazadas han recibido al menos una inyección de toxoide tetánico, al igual que casi cuatro de cada cinco mujeres de América Latina y el Caribe.

El porcentaje de mujeres a quienes se administró una inyección de toxoide tetánico durante el embarazo incrementó en un promedio de 5 puntos porcentuales entre los 36 países con múltiples encuestas desde 1990. Los mayores incrementos fueron en Colombia y Perú. No obstante, las tasas de inmunización con toxoide tetánico descendieron en cuatro países: Burkina Faso, Madagascar, Ruanda y Uganda (ver el cuadro 14 en la Red).

Atención del parto

Cuando las mujeres tienen emergencias obstétricas o desarrollan complicaciones durante el parto o inmediatamente después del mismo, es de vital importancia contar con asistentes calificados capaces de manejar el problema con rapidez y eficacia (138). Las encuestas miden la atención calificada del parto de dos maneras: por el porcentaje de mujeres que dan a luz en un establecimiento de salud en lugar de su hogar y por la proporción del total de nacimientos que son atendidos por personal calificado, ya sea en el hogar o en un establecimiento de salud. Generalmente, cuanto más alto es el nivel de partos que ocurren en el hogar, más bajo es el nivel de asis-

tencia calificada. En países donde muchas mujeres dan a luz en establecimientos médicos, la asistencia calificada en el momento del parto es también bastante alta.

Partos en un establecimiento médico. En gran parte de Asia y ciertas partes de África Subsahariana y el Cercano Oriente y Norte de África, es mucho más probable que las mujeres tengan sus hijos en su hogar que en un establecimiento médico. En Asia, en promedio, una cuarta parte de mujeres embarazadas dan a luz en establecimientos de salud. Existe una amplia variación a este respecto entre todos los países, desde 10% o menos en Bangladesh, Camboya y Nepal, hasta 62% en Vietnam (ver el cuadro 14, pág. 39).

Entre los 30 países en África Subsahariana encuestados en los años noventa, casi la mitad de las mujeres que dieron a luz lo hicieron en un establecimiento médico, con variaciones desde 5% en Etiopía (el nivel más bajo de todos los países encuestados) hasta más de 90% en Mauricio y Cabo Verde (prácticamente el nivel más alto de todos los lugares). En forma similar, en los seis países encuestados en el Cercano Oriente y Norte de África, cerca de la mitad de mujeres embarazadas tuvieron a sus hijos en un establecimiento médico, con variaciones desde 16% en Yemen hasta 93% en Jordania.

En América Latina y el Caribe, un promedio de 70% de mujeres embarazadas dio a luz en un establecimiento médico. El nivel más bajo fue el de Haití, 17%, y los más altos fueron los de Costa Rica, 98%, y Puerto Rico, 99%. En todos los países de Europa Oriental y Asia Central que se encuestaron, más de 90% de mujeres dieron a luz en un establecimiento médico, a excepción de Azerbaiyán donde sólo 74% lo hicieron.

Los países del Cercano Oriente y Norte de África mostraron los incrementos más grandes en la proporción de partos atendidos en establecimientos médicos durante los años noventa, elevándose un promedio de 30% entre las encuestas. El aumento más notable se vio en Egipto, donde en la encuesta del año 2000, 48% de las mujeres informaron que su parto más reciente ocurrió en un establecimiento médico, en comparación con 27% que fue informado en 1992 (ver el cuadro 14 en la Red).

Entre los países de África Subsahariana donde se realizaron múltiples encuestas desde 1990, los retrocesos que se vieron en algunos países tuvieron mayor peso que los avances en la atención del parto en otros. Un estudio de ocho países subsaharianos con varias encuestas durante los años noventa reveló un descenso de las tasas de partos por cesárea. Esta baja se vinculó en parte al descenso en el acceso a los servicios de salud (27).

Asistentes calificados en el momento del parto. En los países de Europa Oriental y Asia Central encuestados, casi todas las mujeres dan a luz con ayuda de asistentes calificados. Sin embargo, en los países en desarrollo con encuestas, los asistentes calificados están presentes, en promedio, sólo en cerca de la mitad de los partos.

Las mujeres de América Latina y el Caribe tienen mayor probabilidad de contar con asistencia calificada para el parto, 69% de partos en promedio. En Costa Rica, la República Dominicana y Jamaica, la atención calificada en el momento del parto es prácticamente universal. Los únicos países de la región donde menos de la mitad de las mujeres dan a luz con ayuda de asistentes calificados son Guatemala (41%) y Haití (24%) (ver el cuadro 14, pág. 39).

Entre los 30 países encuestados en África Subsahariana, alrededor de la mitad de las mujeres dan a luz con asistencia calificada. No obstante, este promedio oculta las grandes

variaciones existentes. Los países subsaharianos informan algunos de los más altos y de los más bajos niveles de atención calificada para el parto, fluctuando desde más de 9 de cada 10 mujeres en Cabo Verde y Mauricio, hasta menos de 1 de cada 10 mujeres en Etiopía.

El nivel de atención en el parto difiere entre el Sudeste de Asia y el Sur de Asia. Por ejemplo, en Filipinas, 56% de mujeres cuentan con la presencia de asistentes calificados durante el parto, pero en Bangladesh, Nepal y Pakistán, menos de 20% de ellas. Entre los seis países encuestados en el Cercano Oriente y Norte de África, el nivel de atención del parto por parte de asistentes calificados varía desde 97% en Jordania hasta 22% en Yemen.

Entre 37 países que se encuestaron más de una vez durante los años noventa, el porcentaje promedio de mujeres que dieron a luz con asistencia calificada permaneció sin cambios en general. En Asia y algunos países de otras regiones, sin embargo, ocurrieron aumentos considerables. Unos cuantos países mostraron descensos en los niveles de asistencia calificada para el parto, incluyendo Burkina Faso y Yemen (ver el cuadro 14 en la Red).

El valor de las encuestas

Los programas de EDS y de ESR proporcionan datos de encuestas únicos y valiosos desde numerosos puntos de vista. Sirven para cerrar una brecha de información, dado el caso de que muchos países en desarrollo carecen de sistemas de registro vitales capaces de producir datos confiables. Inclusive en lugares que cuentan con dichos sistemas, éstos no necesariamente producen toda la información necesaria respecto al uso de anticonceptivos, atención materna, mortalidad infantil y otros temas fundamentales.

Las EDS y las ESR no solamente suministran datos sobre la salud reproductiva que son útiles para la planificación de programas y políticas y para establecer comparaciones entre todos los países, sino que también permiten hacer estudios analíticos a fin de poder explorar las relaciones potenciales de causa y efecto. En otras palabras, las encuestas permiten a los analistas ir más allá de la descripción para llegar a las explicaciones, y especialmente cuando se utilizan también con datos de otras fuentes.

Las encuestas también se utilizan para evaluar los programas, medir sus efectos y mejorar el diseño de los programas de atención de salud. Por ejemplo, los datos de las encuestas han contribuido a sacar a la luz el papel que juegan los programas de planificación familiar en los descensos de la fertilidad en los países en desarrollo.

Durante las últimas dos décadas, las EDS y las ESR han profundizado considerablemente la comprensión de los niveles, las tendencias y los determinantes de la fertilidad, han documentado el creciente uso de la anticoncepción en el mundo en desarrollo y han señalado la necesidad de implementar mejores servicios para la salud reproductiva. Estas encuestas se están mejorando constantemente a fin de poder responder a las preguntas que se plantean los diseñadores de políticas y gerentes de programas sobre cómo encarar el VIH/SIDA, cómo enfocarse en la gente joven, cómo llegar a las personas casadas y a las que no lo están, entre otros aspectos. Tal cual lo hacen ahora, las encuestas continuarán ofreciendo orientación importante en el futuro para proporcionar a todos acceso a una atención de buena calidad. *(La versión en español de este número se publicó en marzo de 2004.)*

Cuadro anexo: Encuestas cubiertas en este informe

Región, país y año	Tipo de encuesta	Mujeres entrevistadas ^a	Región, país y año	Tipo de encuesta	Mujeres entrevistadas ^a
ÁFRICA SUBSAHARIANA			ASIA		
Benín 1996	EDS	Todas de 15 a 49 años	Bangladesh 1993-94	DHS	De 10 a 49 años casadas alguna vez
2001	EDS	Todas de 15 a 49 años	1996-97	DHS	De 10 a 49 años casadas alguna vez
Burkina Faso 1993	EDS	Todas de 15 a 49 años	1999-2000	DHS	De 10 a 49 años casadas alguna vez
1998-99	EDS	Todas de 15 a 49 años	Camboya 2000	EDS	Todas de 15 a 49 años
Camerún 1991	EDS	Todas de 15 a 49 años	Filipinas 1993	DHS	Todas de 15 a 49 años
1998	EDS	Todas de 15 a 49 años	1998	DHS	Todas de 15 a 49 años
Cabo Verde 1998	ESR	Todas de 15 a 49 años	India 1992-93	EDS	De 13 a 49 años casadas alguna vez
Chad 1996-97	EDS	Todas de 15 a 49 años	1998-99	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez
Comoras 1996	EDS	Todas de 15 a 49 años	Indonesia 1991	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez
Costa de Marfil 1994	EDS	Todas de 15 a 49 años	1994	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez
1998-99	EDS	Todas de 15 a 49 años	1997	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez
Eritrea 1995	EDS	Todas de 15 a 49 años	Nepal 1996	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez
Etiopía 2000	EDS	Todas de 15 a 49 años	2001	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez
Gabón 2000	EDS	Todas de 15 a 49 años	Pakistán 1990-91	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez
Ghana 1993	EDS	Todas de 15 a 49 años	Vietnam 1997	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez
1998	EDS	Todas de 15 a 49 años	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE		
Guinea 1999	EDS	Todas de 15 a 49 años	Belice 1991	ESR	Todas de 15 a 44 años
Kenia 1993	EDS	Todas de 15 a 49 años	1999	ESR	Todas de 15 a 49 años
1998	EDS	Todas de 15 a 49 años	Bolivia 1994	EDS	Todas de 15 a 49 años
Madagascar 1992	EDS	Todas de 15 a 49 años	1998	EDS	Todas de 15 a 49 años
1997	EDS	Todas de 15 a 49 años	Brasil 1996	EDS	Todas de 15 a 49 años
Malawi 1992	EDS	Todas de 15 a 49 años	Colombia 1990	EDS	Todas de 15 a 49 años
1996	EDS	Todas de 15 a 49 años	1995	EDS	Todas de 15 a 49 años
2000	EDS	Todas de 15 a 49 años	2000	EDS	Todas de 15 a 49 años
Mali 1995-96	EDS	Todas de 15 a 49 años	Costa Rica 1991	ESRJA	Todas de 15 a 24 años
2001	EDS	Todas de 15 a 49 años	1993	ESR	Todas de 15 a 49 años
Mauricio 1991	ESR	Todas de 15 a 44 años	Ecuador 1994	ESR	Todas de 15 a 49 años
Mozambique 1997	EDS	Todas de 15 a 49 años	1999	ESR	Todas de 15 a 49 años
2001	ESRJA	Todas de 15 a 24 años	El Salvador 1993	ESR	Todas de 15 a 49 años
Namibia 1992	EDS	Todas de 15 a 49 años	1998	ESR	Todas de 15 a 49 años
Niger 1992	EDS	Todas de 15 a 49 años	Guatemala 1995	EDS	Todas de 15 a 49 años
1998	EDS	Todas de 15 a 49 años	1998-99	EDS	Todas de 15 a 49 años
Nigeria 1990 ^b	EDS	Todas de 15 a 49 años	Haiti 1994-95	EDS	Todas de 15 a 49 años
Rep. Centroafricana			2000	EDS	Todas de 15 a 49 años
1994-95	DHS	Todas de 15 a 49 años	Honduras 1996	ESR	Todas de 15 a 49 años
Ruanda 1992	EDS	Todas de 15 a 49 años	2001	ESR	Todas de 15 a 49 años
2000	EDS	Todas de 15 a 49 años	Jamaica 1993	ESR	Todas de 15 a 44 años
Senegal 1992-93	EDS	Todas de 15 a 49 años	1997	ESR	Todas de 15 a 49 años
1997	EDS	Todas de 15 a 49 años	Nicaragua 1992-93	ESR	Todas de 15 a 49 años
Sudáfrica 1998	EDS	Todas de 15 a 49 años	1998	EDS	Todas de 15 a 49 años
Tanzania 1991-92	EDS	Todas de 15 a 49 años	2001	EDS	Todas de 15 a 49 años
1996	EDS	Todas de 15 a 49 años	Paraguay 1990	EDS	Todas de 15 a 49 años
1999	EDS	Todas de 15 a 49 años	1995-96	ESR	Todas de 15 a 49 años
Togo 1998	EDS	Todas de 15 a 49 años	1998	ESR	Todas de 15 a 44 años
Uganda 1995	EDS	Todas de 15 a 49 años	Perú 1991-92	EDS	Todas de 15 a 49 años
2000-01	EDS	Todas de 15 a 49 años	1996	EDS	Todas de 15 a 49 años
Zambia 1992	EDS	Todas de 15 a 49 años	2000	EDS	Todas de 15 a 49 años
1996	EDS	Todas de 15 a 49 años	Puerto Rico 1996	ESR	Todas de 15 a 49 años
Zimbabwe 1994	EDS	Todas de 15 a 49 años	Rep. Dominicana 1991	DHS	Todas de 15 a 49 años
1999	EDS	Todas de 15 a 49 años	1992	ESRJA	Todas de 15 a 24 años
2001	ESRJA	Todas de 15 a 29 años	1996	DHS	Todas de 15 a 49 años
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA			EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL		
Egipto 1992	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez	Armenia 2000	EDS	Todas de 15 a 49 años
1995	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez	Azerbaiyán 2001	ESR	Todas de 15 a 44 años
2000	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez	Georgia 1999	ESR	Todas de 15 a 44 años
Jordania 1990	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez	Kazajstán 1995	EDS	Todas de 15 a 49 años
1997	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez	1999	EDS	Todas de 15 a 49 años
Marruecos 1992	EDS	Todas de 15 a 49 años	Kirguistán 1997	EDS	Todas de 15 a 49 años
Mauritania 2000-01	EDS	Todas de 15 a 49 años	Moldavia 1997	ESR	Todas de 15 a 44 años
Turquía 1993	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez	Rep. Checa 1993	RHS	Todas de 15 a 44 años
1998	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez	Rumania 1993	ESR	Todas de 15 a 44 años
Yemen 1991-92	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez	1996	ESRJA	Todas de 15 a 24 años
1997	EDS	De 15 a 49 años casadas alguna vez	1999	ESR	Todas de 15 a 44 años
			Turkmenistán 2000	EDS	Todas de 15 a 49 años
			Ucrania 1999	ESR	Todas de 15 a 44 años
			Uzbekistán 1996	EDS	Todas de 15 a 49 años

^a No todas las entrevistadas se incluyen en todos los cuadros que dan datos de estas encuestas.

^b Una encuesta de 1999 en Nigeria se realizó con limitada asistencia técnica del programa de EDS. El

programa de EDS provee los resultados de esta encuesta como cortesía a los usuarios de datos, pero los datos de la encuesta no se han incluido en este informe.

EDS: Encuestas Demográficas y de Salud
ESR: Encuestas sobre Salud Reproductiva
ESRJA: Encuestas sobre Salud Reproductiva de Jóvenes Adultos

Bibliografía

Se señalan con un asterisco (*) los artículos que fueron de especial valor en la preparación de este número de **Population Reports**.

1. ABOUZAHR, C. Unsafe abortion and ectopic pregnancy. In: Murray, C.L.J. and Lopez, A.D., eds. *Health Dimensions of Sex and Reproduction. Global Burden of Disease and Injury Series*. Vol. 3. Boston and Geneva, Harvard School of Public Health, 1998. p. 267-296.
2. ADETUNJI, J. Trends in under-5 mortality rates and the HIV/AIDS epidemic. *Bulletin of the World Health Organization* 78(10): 1200-1206. Oct. 2000. (Available: <<http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue10/bu0746.pdf>>, Accessed Aug. 7, 2001)
- *3. AHMAD, O.B., LOPEZ, A.D., and INOUE, M. The decline in child mortality: A reappraisal. *Bulletin of the World Health Organization* 78(10): 1175-1191. Oct. 2000. (Available: <<http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue10/bu0792.pdf>>, Accessed Aug. 7, 2001)
4. AIDS CONTROL AND PREVENTION PROJECT (AIDSCAP). Final report for the AIDSCAP program in Senegal: August 1993 to October 1997. Chapel Hill, North Carolina, Family Health International, 1997. 134 p. (Available: <<http://www.fhi.org/en/aids/aidscap/aidscapspecial/countryprog/Senegal/senexec.html>>, Accessed Mar. 11, 2003)
5. AINSWORTH, M., BEEGLE, K., and NYAMETE, A. The impact of women's human capital on fertility and contraceptive use in sub-Saharan Africa. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Miami, Florida, May 5-7, 1994. 64 p.
6. AKAKPO, B. Safer young motherhood in Ghana. *Planned Parenthood Challenges* (1): 19-20. 1998.
7. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI). Risks and realities of early childbearing worldwide. Issues in Brief. AGI, 1997. (Available: <<http://www.agi-usa.org/pubs/ib10.html>>, Accessed Mar. 11, 2003)
8. ARNOLD, F. Gender preferences for children. *Calverton, Maryland, Macro International*, Aug. 1997. (DHS Comparative Studies No. 23) 56 p.
- *9. BANKOLE, A. and WESTOFF, C.F. The consistency and validity of reproductive attitudes: Evidence from Morocco. *Journal of Biosocial Science* 30(4): 439-455. Oct. 1998.
10. BARBIERI, M. Is the current decline in infant and child mortality in sub-Saharan Africa a sign of future fertility changes? In: Locoh, T. and Hertrich, V., eds. *The Onset of Fertility Transition in sub-Saharan Africa*. Liège, Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, 1994. p. 21-42.
11. BEEGLE, K. The quality and availability of family planning services and contraceptive use in Tanzania. *Washington, D.C., World Bank*, 1995. (LSMS Working Paper No. 114) 63 p.
12. BERMAN, S.M. and HEIN, K. Adolescents and STD. In: Holmes, K.K., Sparling, P.F., Mardh, P., Lemon, S.M., Stamm, W.E., Piot, P., and Wasserheit, J.N., eds. *Sexually Transmitted Diseases*. Third ed. New York, McGraw-Hill, 1999. p. 129-142.
- *13. BERTRAND, J.T., MAGNANI, R.J., and RUTENBERG, N. Evaluating family planning programs, with adaptations for reproductive health. Chapel Hill, North Carolina, Carolina Population Center, 1996. 105 p. (Available: <<http://www.cpc.unc.edu/projects/measure/publications/manuals/evalman/evalman.html>>, Accessed Mar. 11, 2003)
14. BICEGO, G. and AHMAD, O.B. Infant and child mortality. *Calverton, Maryland, Macro International*, Aug. 1996. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 20) 65 p.
- *15. BLANC, A.K. and POUKOUTA, P.V. Components of unexpected fertility decline in sub-Saharan Africa. *Calverton, Maryland, Macro International*, Sep. 1997. (Demographic and Health Surveys Analytical Reports No. 5) 29 p.
16. BOERMA, J.T. and MGALLA, Z. Introduction. In: Boerma, J.T. and Mgalla, Z., eds. *Women and Infertility in sub-Saharan Africa*. KIT Publishers, 2001. p. 13-23.
17. BONGAARTS, J. The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning* 13(6-7): 179-189. Jun-Jul. 1982.
- *18. BONGAARTS, J. The role of family planning programmes in contemporary fertility transitions. In: G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell, and D'souza, R.M., eds. *The Continuing Demographic Transition*. Clarendon Press, 1997. p. 422-443.
19. BONGAARTS, J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. *Studies in Family Planning* 16(3): 267-277. Dec. 1997.
20. BONGAARTS, J. The fertility impact of changes in the timing of childbearing in the developing world. *New York, Population Council*, 1999. (Policy Research Division Working Papers No. 120) 33 p. (Available: <<http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/120.pdf>>, Accessed May 18, 2002)
21. BONGAARTS, J. The end of fertility transition in the developing world. [Prepared for the Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, New York, 11-14 March 2002]. *New York, United Nations Population Division*, Feb. 19, 2002. 22 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/BONGAARTSpaper.PDF>>, Accessed Mar. 20, 2002)
22. BONGAARTS, J. and POTTER, R. Fertility, biology, and behavior: An analysis of the proximate determinants. *New York, Academic Press*, 1983. 230 p.
23. BONGAARTS, J. and STOVER, J. *The Population Council target-setting model: A user's manual*. New York, Population Council, Dec. 1986. (Center for Policy Studies Working Paper No. 130) 100 p.
24. BONGAARTS, J. and WESTOFF, C.F. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* 31(3): 193-202. Sep. 2000.
25. BOS, E., VU, M.T., MASSIAH, E., and BULATAO, R.A. *World Population Projections, 1994-95 ed.* Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1994. 521 p.
26. BRUNETTE, T.A. Ethnicity and fertility in West Africa: A modified proximate determinants analysis among ethnic groupings in Nigeria and Senegal. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, New Orleans, Louisiana, May 9-11, 1996. 32 p.
27. BUEKENS, P., CURTIS, S., and ALAYON, S. Demographic and health surveys: Caesarean section rates in sub-Saharan Africa. *British Medical Journal* 326: 136. Jan. 18, 2003. (Available: <<http://bmj.com/cgi/content/full/326/7381/136>>, Accessed Jan. 29, 2003)
28. CALDWELL, J.C. The contemporary population challenge. [Prepared for the Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, New York, 11-14 March 2002]. *United Nations Population Division*, Jan. 16, 2002. 15 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/Caldwellpaper.pdf>>, Accessed Mar. 20, 2002)
29. CASTERLINE, J.B. The pace of fertility transition: National patterns in the second half of the twentieth century. *Population and Development Review* 27(S): 17-52. 2001.
30. CASTRO MARTÍN, T. Women's education and fertility: Results from 26 Demographic and Health Surveys. *Studies in Family Planning* 26(4): 187-202. Jul.-Aug. 1995.
31. CASTRO MARTÍN, T. and NJOGU, W. A decade of change in contraceptive behavior in Latin America: A multivariate decomposition analysis. *Population Bulletin of the United Nations* (36): 81-109. 1994.
32. CHAYA, N. and HELSING, K. Contraceptive choice: Worldwide access to family planning [wall chart]. *Washington, DC, Population Action International*, 1997.
33. CLARK, S. Son preference and sex composition of children: Evidence from India. *Demography* 37(1): 95-108. Feb. 2000.
34. CLELAND, J. and MAULDIN, W.P. The promotion of family planning by financial payments: The case of Bangladesh. *Studies in Family Planning* 22(1): 1-18. Jan./Feb. 1991.
35. COHEN, B. The emerging fertility transition in sub-Saharan Africa. *World Development* 26(8): 1431-1461. 1998.
36. CURTIS, S.L. and NEITZEL, K. Contraceptive knowledge, use, and sources. *Calverton, Maryland, Macro International*, Mar. 1996. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 19) 92 p.
37. DEPARTMENT OF STATISTICS (JORDAN) and MACRO INTERNATIONAL (MI). *Jordan Population and Family Health Survey, 1997*. Calverton, Maryland, MI, Dec. 1998. 196 p.
38. EDWARDS, S. Schooling's fertility effect greatest in low-literacy, high-fertility societies. *International Family Planning Perspectives* 22(1): 43-44. Mar. 1996.
39. EL-ZANATY, F. and WAY, A.A. *Egypt Demographic and Health Survey 2000*. Cairo and Calverton, Maryland, Ministry of Health and Population, National Population Council and ORC Macro, Jan. 2001. 326 p.
40. EURE, C.N., LINDSAY, M.K., and GRAVES, W.L. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186(5): 918-920. May 2002.
41. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Breastfeeding as a family planning method. Consensus statement. *Lancet* 2(8621): 1204-1205. Nov. 19, 1988.
42. FAUVEAU, V., MAMDANI, M., STEINGLASS, R., and KOBLENSKY, M. Maternal tetanus: Magnitude, epidemiology, and potential control measures. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (40): 3-12. 1993.
43. FEENEY, G. Fertility decline in East Asia. *Science* 266(5190): 518-523. Dec. 2, 1994.
- *44. FEYSETAN, B. and CASTERLINE, J.B. Fertility preferences and contraceptive change in developing countries. *Policy Research Division Working Paper No. 130*. New York, Population Council, 1999. 30 p. (Available: <<http://www.popcouncil.org/publications/wpp/prd/130.html>>, Accessed Sep. 9, 2000)
45. FOCUS ON YOUNG ADULTS. *Advancing young adult reproductive health: Actions for the next decade*. Washington, DC, Pathfinder International, 2001. (End of project report) (Available: <http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/focus/focuspdfs/eop_report.pdf>, Accessed Jul. 30, 2002)
- *46. GOULD, W.T. and BROWN, M.S. A fertility transition in sub-Saharan Africa? *International Journal of Population Geography* 2(1): 1-22. Mar. 1996.
47. GREGSON, S., ZABA, B., and HUNTER, S.-C. The impact of HIV-1 on fertility in sub-Saharan Africa: Causes and consequences. [Prepared for the Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, New York, 11-14 March 2002]. *United Nations*, 2002. 33 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/ReviewdZabapaper.PDF>>, Accessed March 5, 2003)
48. GUENGANT, J.-P. The proximate determinants during the fertility transition. *New York, United Nations Population Division*, Jan. 31, 2002. 21 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/GUENGANTpaper.PDF>>, Accessed Aug. 28, 2002)
49. GUPTA, N. and MAHY, M. Adolescent childbearing in sub-Saharan Africa: Can increased schooling alone raise age at first birth? *Demographic Research* 8(4): 93-106. Feb. 14, 2003. (Available: <<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol8/4/8-4.pdf>>, Accessed March 3, 2003)
50. HAGGERTY, P.A. and RUTSTEIN, S.O. Breastfeeding and complementary infant feeding and the postpartum effects of breastfeeding. *Calverton, Maryland, Macro International*, Jun. 1999. (DHS Comparative Studies No. 30) 282 p.
51. HARDEE, K., JANOWITZ, B., STANBACK, J., and VILLINSKI, M.T. What have we learned from studying changes in service delivery guidelines and practices? *International Family Planning Perspectives* 24(2): 84-90. Jun. 1998. (Available: <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2408498.html>>, Accessed Aug. 13, 1999)
52. HAUB, C. Flat birth rates in Bangladesh and Egypt challenge demographers' projections. <http://www.prb.org/Content/ContentGroups/Population_Today/Flat_Birth_Rates_in_Bangladesh_and_Egypt_Challenge_Demographers_Projections.htm> *Population Reference Bureau*, Oct. 2000.
53. HEATON, T.B. and FORSTE, R. Education as policy: The impact of education on marriage, contraception, and fertility in Colombia, Peru, and Bolivia. *Social Biology* 45(3-4): 194-213. Fall/Winter 1998.
54. HENSHAW, S.K., SINGH, S., and HAAS, T. Recent trends in abortion rates worldwide. *International Family Planning Perspectives* 25(1): 44-48. Mar. 1998. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2504499.html>>, Accessed Aug. 28, 2002)
55. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). *Integrating sexual and reproductive health services for youth in Colombia*. IPPF/WHO Spotlight on Youth, No. 1, IPPF, 2001. (Available: <http://www.ippfwhr.org/publications/download/serial_issues/spotyouth1.pdf>, Accessed Mar. 11, 2003)
56. INTERNATIONAL UNION FOR THE STUDY OF POPULATION (IUSSP). *Proceedings of the Conference on the Socio-Demographic Impact of AIDS in Africa*, Durban, South Africa, 1997. IUSSP. (Available: <<http://www.iussp.org/Activities/scp-aid/aid-rep7.php>>, Accessed Mar. 6, 2003)
57. JEJEEBOY, S.J. Women's education, fertility and the proximate determinants of fertility. Presented at the Expert Group Meeting on Population and Women, Gabarone, Botswana, Jun. 22-26, 1992. *United Nations*. 40 p.
58. JOHNSTON, H.B. and HILL, K.H. Induced abortion in the developing world: Indirect estimates. *International Family Planning Perspectives* 22(3): 108-114, 137. Sep. 1996. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2210896.html>>, Accessed Mar. 12, 2000)
59. JUAREZ, F. Fertility decline and child survival: Overview. In: Locoh, T. and Hertrich, V., eds. *The onset of fertility transition in sub-Saharan Africa*. Liège, Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, 1993. p. 55-64.
60. KIM, Y.M., MARANGWANDA, C., and KOLS, A. Quality of counselling of young clients in Zimbabwe. *East African Medical Journal* 74(8): 514-518. Aug. 1997.
- *61. KIRK, D. and PILLET, B. Fertility levels, trends, and differentials in sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s. *Studies in Family Planning* 29(1): 1-22. Mar. 1998.
62. KISHOR, S. Changes in educational differentials in contraceptive use over time. *Calverton, Maryland, Macro International*, 1997. 17 p.
63. LABBOK, M., HIGHT-LAUKARAN, V., PETERSON, A., FLETCHER, V., VON HERTZEN, H., and VAN LOOK, P. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. Unpublished, 1997. 9 p.
64. LABBOK, M. and KRASOVEC, K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Studies in Family Planning* 21(4): 226-230. Jul./Aug. 1990.
- *65. LARSEN, U. and RAGGERS, H. Levels and trends in infertility in sub-Saharan Africa. In: Boerma, J.T. and Mgalla, Z., eds. *Women and Infertility in sub-Saharan Africa*. KIT Publishers, 2001. p. 26-69.
66. LI, X.F. The postpartum period: The key to maternal mortality. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 54(1): 1-10. Jul. 1996.
67. MARSTON, C. and CLELAND, J. Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. *International Family Planning Perspectives* 29(1): 6-13. Mar. 2003. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2900603.html>>, Accessed Apr. 3, 2003)
68. MATERNAL AND NEONATAL HEALTH (MNH). *Best practices: Focused antenatal care planning and providing care during pregnancy*. <<http://www.mnh.jhpiego.org/best/focantl.asp>> MNH, 2003.
- *69. MBOUP, G. and SAHA, T. Fertility levels, trends, and differentials. *Calverton, Maryland, Macro International*, Aug. 1998. (DHS Comparative Studies No. 28) 78 p.
70. MCCAULEY, A.P. and SALTER, C. Meeting the needs of young adults. *Population Reports, Series I*, No. 41. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1995. 43 p.
71. MEASURE DHS+ and MEASURE EVALUATION. An assessment of trends in child mortality in Tanzania during the nineties: A summary. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/special/child_mortality.html> Jun 2000.
72. MEASURE EVALUATION PROJECT. *HIV, STDs and infertility: Key issues*. <http://www.cpc.unc.edu/measure/topics/hiv_aids/key_issues.html> MEASURE Evaluation, 1998.
73. MENSCH, B., BRUCE, J., and GREENE, M. The uncharted passage: Girls' adolescence in the developing world. *New York, Population Council*, 1998. 115 p. (Available: <<http://www.popcouncil.org/pdfs/passages/passages.pdf>>, Accessed

- Apr. 9, 2003)
74. MINISTRY OF HEALTH (KENYA) and ORC MACRO. Kenya Service Provision Assessment Survey 1999. Nairobi, Kenya and Calverton, Maryland, Kenya Ministry of Health and ORC Macro, Oct. 2000. 242 p. (Available: <[http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/03d62f55c37f6e085256b19005d6e2/\\$FILE/ServiceProvAssessKenya.doc](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/03d62f55c37f6e085256b19005d6e2/$FILE/ServiceProvAssessKenya.doc)>, Accessed Aug. 22, 2002)
75. MORENO, L. Differences by residence and education in contraceptive failure rates in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 19(2): 54-60, 71. Jun. 1993.
76. MUHURI, P.K., BLANC, A.K., and RUTSTEIN, S.O. Socioeconomic differentials in fertility. Calverton, Maryland, Macro International, May 1994. (DHS Comparative Studies No. 13) 79 p.
77. MURRAY, C.J.L. and LOPEZ, A.D. Estimating causes of death: New methods and global and regional applications for 1990. In: Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., eds. *The Global Burden of Disease. The Global Burden of Disease and Injury Series*. Vol. 1. Boston, Harvard University Press, 1996. p. 117-200.
78. MUTHARAYAPPA, R., CHOE, M.K., ARNOLD, F., and ROY, T.K. Son preference and its effect on fertility in India. Mumbai, India, International Institute for Population Sciences, Mar. 1997. (National Family Health Survey Subject Reports No. 3) 35 p.
79. NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT (NCPD), CENTRAL BUREAU OF STATISTICS (CBS), and MACRO INTERNATIONAL (MI). Kenya Demographic and Health Survey, 1998. Calverton, Maryland, NCPD, CBS, MI, Apr. 1999. 285 p.
80. NATIONAL RESEARCH COUNCIL, COMMISSION ON BEHAVIORAL AND SOCIAL SCIENCES AND EDUCATION, and COMMITTEE ON POPULATION. Factors affecting contraceptive use in sub-Saharan Africa. Washington, D.C., National Academy Press, 1993. 252 p.
81. NATIONAL STATISTICAL OFFICE (NSO) (MALAWI) and MACRO INTERNATIONAL (MI). Malawi: Demographic and Health Survey 2000. Calverton, Maryland, MI, 2001.
82. PACHAURI, S. Reproductive health: The concept, ideology, and operational issues. In: Sengupta, J. and Shosh, D., eds. *Perspectives in Reproductive Health*. New Delhi, New Age Publishers, 1996. p. 47-60.
83. PIOTROW, P., KINCAID, D.L., RIMON III, J., and RINEHART, W. Health communication: Lessons from family planning and reproductive health. Westport, Connecticut, Praeger, 1997. 307 p.
84. PLANNED PARENTHOOD ASSOCIATION OF GHANA (PPAG). Youth (Adolescent reproductive health). <<http://www.africonline.com.gh/PPag/youth.html>> PPAG, 1998.
85. POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). World Population Data Sheet. PRB, 2001. (Available: <http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/Other_reports/2000-2002/2001_World_Population_Data_Sheet.htm>, Accessed Dec. 12, 2001.->)
86. PRESTON, S.H., HEUVELINE, P., and GUILLOT, M. Demography: Measuring and modeling population processes. Oxford, England, Blackwell, 2001. 291 p.
87. RETHERFORD, R. and PALMORE, J. Diffusion processes affecting fertility. In: Bulatao, R., Lee, R., Hollerbach, P., Bongaarts, J., ed. *Determinants of Fertility in Developing Countries*. Vol. 2. New York, Academic Press, 1983. p. 295-339.
88. ROBEY, B., ROSS, J., and BHUSAN, I. Meeting unmet need: New strategies. *Population Reports*, Series J, No. 43. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1996. 35 p.
89. ROBEY, B., RUTSTEIN, S.O., MORRIS, L., and BLACKBURN, R. The reproductive revolution: New survey findings. *Population Reports*, Series M, No. 11. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1992. 43 p.
90. ROGERS, E.M. Diffusion of innovations. 3rd ed. New York, Free Press, 1983.
91. ROGERS, E.M. and KINCAID, D.L. Communication networks: Toward a new paradigm for research. New York, Free Press, 1981. 386 p.
92. ROSS, J. The question of access. *Studies in Family Planning* 26(4): 241-242. Jul./Aug. 1995.
93. ROSS, J., HARDEE, K., MUMFORD, E., and EID, S. Contraceptive method choice in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 28(1): 32-40. Mar. 2002. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2803202.html>>, Accessed Mar. 25, 2002)
94. ROSS, J. and WINFREY, W. Unmet need in the developing world and former USSR: An updated estimate. *International Family Planning Perspectives* 28(3): 138-143. Sep. 2002. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2813802.html>>, Accessed Sep. 24, 2002)
95. RUTSTEIN, S. Effect of birth intervals on mortality and health. [PowerPoint presentation]. Calverton, Maryland, Measure/DHS+, Macro International, Inc., 65 p.
- *96. RUTSTEIN, S. Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s. *Bulletin of the World Health Organization (WHO)* 78(10): 1256-1270. Oct. 2000. (Available: <<http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue10/bu0793.pdf>>, Accessed Aug. 7, 2001)
97. RUTSTEIN, S.O. Change in the desired number of children: A cross-country cohort analysis of levels and correlates of change. Calverton, Maryland, Macro International, Jul. 1998. (DHS Analytical Reports No. 9) 46 p.
- *98. RUTSTEIN, S.O. Fertility levels, trends, and differentials: 1995-1999. Calverton, Maryland, ORC Macro, 2002. (Comparative Report #3)
99. SAHA, T. Bangladesh Service Provision Assessment Survey 1999-2000. Calverton, Maryland, National Institute of Population Research, Mitra and Associates, and ORC Macro, 2002. 93 p.
100. SATHAR, Z.A. The processes by which female education affects fertility and child survival. In: *International Population Conference*, Montreal, 1993. Vol. 4. Liège, Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, p. 229-240.
101. SENLET, P., CURTIS, S.L., MATHIS, J., and RAGGERS, H. The role of changes in contraceptive use in the decline of induced abortion in Turkey. *Studies in Family Planning* 32(1): 41-52. Mar. 2001.
102. SERBANESCU, F., MORRIS, L., and MARIN, M. Reproductive Health Survey, Romania, 1999. Final Report. Atlanta, Georgia, Romanian Association of Public Health and Management, Centers for Disease Control and Prevention, United States Agency for International Development, United Nations Population Fund, and United Nations Children's Fund, Sep. 2001. 414 p.
103. SERBANESCU, F., STUPP, P., and MORRIS, L. Romania Reproductive Health Survey 1993. Bucharest, Romania, Centers for Disease Control and Prevention and Institutul de Ocrotire a Mamei si Copiului, Mar. 1995. 168 p.
104. SETEL, P. The effects of HIV and AIDS on fertility in East and Central Africa. *Health Transition Review* 5(S): 179-189. 1995.
105. SETTY-VENUGOPAL, V. and UPADHYAY, U. Birth spacing: Three to five saves lives. *Population Reports*, Series L, No. 13. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Summer 2002. 23 p.
106. SHELTON, J.D. and DAVIS, S.S. Some priorities in maximizing access to and quality of contraceptive services. *Advances in Contraception* 12(3): 233-237. Sep. 1996.
- *107. SINGH, S. Adolescent childbearing in developing countries: A global review. *Studies in Family Planning* 29(2): 117-136. Jun. 1998.
108. STEWART, M.K., STANTON, C.K., and AHMED, O. Maternal health care. Calverton, Maryland, Macro International, Sep. 1997. (DHS Comparative Studies No. 25) 41 p.
109. UGANDA BUREAU OF STATISTICS (UBS) and ORC Macro. Uganda Demographic and Health Survey 2000. Entebbe, Uganda, Calverton, Maryland, UBS and ORC Macro, Dec. 2001. 333 p.
110. UNESCO REGIONAL OFFICE FOR EDUCATION IN AFRICA. "The youth rally against AIDS:" Community project for the fight against AIDS for the youth in Africa. <http://www.dakar.unesco.org/news/en/010313_theatre_sida_base.shtml> UNESCO, 2001.
111. UNITED NATIONS (UN). Recent levels and trends of contraceptive use as assessed in 1988. New York, UN, 1989. 129 p.
112. UNITED NATIONS (UN). Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1994. New York, UN, 1996. 163 p.
113. UNITED NATIONS (UN). World Population Prospects: The 1998 Revision. Volume III: Analytical report. New York, UN, 2000. 248 p.
114. UNITED NATIONS (UN). World Contraceptive Use 2001. New York, UN, 2002. (wall chart) (Available: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive_2001/contraception01.htm>, Accessed July 18, 2002)
- *115. UNITED NATIONS (UN) POPULATION DIVISION. Women's education and fertility behavior. Recent evidence from the Demographic and Health Surveys. New York, UN, 1995. 113 p.
116. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). The progress of nations 2000. New York, UNICEF, 2000. 38 p. (Available: <<http://www.unicef.org/pubsgen/pon00/pon2000.pdf>>, Accessed Dec. 10, 2002)
117. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Progress since the World Summit on Children: A statistical review. Geneva, UNICEF, Sep. 2001. 32 p. (Available: <http://www.unicef.org/pubsgen/wethechildren-stats/sreport_adapted_stats_eng.pdf>)
118. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). We the children: Meeting the promises of the World Summit for Children. New York, UNICEF, 2001. 103 p. (Available: <http://www.unicef.org/pubsgen/wethechildren/sreport_adapted_eng.pdf>, Accessed Dec. 1, 2002)
119. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Maternal and neonatal tetanus. <<http://www.childinfo.org/eddb/mnl/>> 2003.
120. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Breastfeeding and complementary feeding. <<http://www.childinfo.org/eddb/brfeed/>> UNICEF, undated.
121. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), and THE WORLD BANK. State of the world's vaccines and immunizations. Geneva, WHO, 2002. 97 p. (Available: <<http://www.unicef.org/pubsgen/sowvi/sowvi-en-02.pdf>>, Accessed Dec. 10, 2002)
122. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), and UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Maternal and neonatal tetanus elimination by 2005. Strategies for achieving and maintaining elimination. Geneva, WHO, 2000. 28 p. (Available: <<http://www.who.int/vaccines-documents/Docs/PDF02/www692.pdf>>, Accessed Sep. 25, 2002)
123. UNITED NATIONS FUND FOR CHILDREN (UNICEF). Goals for children and development in the 1990s. <<http://www.unicef.org/wsc/goals.htm>> UNICEF, 1990.
- *124. UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (UNPD). Demographic situation in high fertility countries. [Prepared for the workshop, Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries, New York, 9-11 July 2001]. New York, UNPD, Jun. 7, 2001. 35 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/prospectsdecline/highfert.pdf>>, Accessed May 13, 2002)
- *125. UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (UNPD). The future of fertility in intermediate-fertility countries. [Prepared for the Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, New York, 11-14 March 2002]. New York, UNPD, Mar. 11, 2002. 31 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/PEPSOPDIVpaper.PDF>>, Accessed May 13, 2002)
126. UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (UNPD). World population prospects: The 2002 revisions database. <<http://esa.un.org/unpp/>> New York, UNPD, 2003.
127. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). USAID Programs: Youth and HIV/AIDS. <http://www.usaid.gov/pop_health/aids/TechAreas/youthandhiv/youthfactsheet.html> USAID, 2003.
128. UPADHYAY, U. Informed choice in family planning: Helping people decide. *Population Reports*, Series J, No. 50. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Spring 2001. 39 p.
- *129. VILLAR, J. and BERGSJÖ, P. WHO antenatal care randomized trial: Manual for the implementation of the new model. *World Health Organization (WHO)*, 2002. 33 p. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30_contents.en.html>, Accessed Feb. 26, 2003)
130. WALKER, N., SCHWARTLÄNDER, B., and BRYCE, J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet* 360(9329): 284-289. Jul. 27, 2002. (Available: <<http://image.thelancet.com/extras/01ar19188web.pdf>>, Accessed Aug. 4, 2002)
131. WEINBERGER, M.B. Recent trends in contraceptive use. *Population Bulletin of the United Nations* (36): 55-80. 1994.
132. WESTOFF, C.F. The substitution of contraception for abortion in Kazakhstan in the 1990s. Calverton, Maryland, ORC Macro, Dec. 2000. (Demographic and Health Surveys Analytical Studies No. 1) 30 p. (Available: <<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS1/AS1.PDF>>, Accessed Nov. 20, 2002)
133. WESTOFF, C.F. Unmet need at the end of the century. Calverton, Maryland, ORC Macro, Sep. 2001. (Demographic and Health Surveys Comparative Report No. 1) 33 p.
134. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Unmet need: 1990-1994. Calverton, Maryland, Macro International, Jun. 1995. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 16) 55 p.
- *135. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Reproductive preferences in developing countries at the turn of the century. Calverton, Maryland, ORC Macro, Apr. 2002. (Demographic and Health Surveys Comparative Report No. 2) 31 p.
136. WESTOFF, C.F. and MORENO, L. Reproductive intentions and fertility in Latin America. In: Guzman, J.M., Singh, S., Rodríguez, G., and Pantelides, E.A., eds. *The Fertility Transition in Latin America. International Studies in Demography*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 242-251.
137. WESTOFF, C.F., SHARMANOV, A.T., SULLIVAN, J.M., and CROFT, T. Replacement of abortion by contraception in three Central Asian Republics. Calverton, Maryland, The POLICY Project and Macro International, Aug. 1998. 53 p.
138. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Antenatal care: Report of a technical working group. Geneva, WHO, 1996. (No. WHO/FRH/MSM/96.8) (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_8/MSM_96_8_table_of_contents.en.html>, Accessed Aug. 7, 2002)
139. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva, WHO, 2000. (Available: <http://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2mcpcc/manual_loc.htm>, Accessed Jan. 29, 2003)
140. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies. Geneva, WHO, 2001. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/adolescent/publications/RHR_01_8_Sexual_relations_among_young_people_in_developing_countries/RHR_01_08_table_of_contents.en.html>, Accessed Sep. 27, 2002)
141. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global data bank on breastfeeding. <http://www.who.int/nut/db_bfd.htm> WHO, Sep. 12, 2002.
142. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) and WORLD BANK WORKING GROUP ON CHILD HEALTH AND POVERTY. Better health for poor children. WHO and World Bank, 2002. 34 p. (Available: <http://www.who.int/consultation-child-adolescent/Documents/Better_Health.pdf>, Accessed Mar. 12, 2002)
143. ZABIN, L.S. and KIRAGU, K. The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 29(2): 210-232. Jun. 1998.

ADDENDUM

144. OFFICE NATIONAL DE LA POPULATION (ONAPO) and ORC MACRO. Enquête Démographique et de Santé Rwanda 2000. EDSR-II [RE] [Rwanda Demographic and Health Survey 2000]. Kigali, Rwanda and Calverton, Maryland, ONAPO and ORC Macro, Sep. 2001. 344 p.

ISSN 0887-0268